

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR KEVIN PAPINEAU

POUR AVOIR TOUS LES ATOUTS EN MAIN : PROPOSITION D'UN SUIVI EN  
ERGOTHÉRAPIE AUPRÈS DE PERSONNES ATTEINTES DU SYNDROME DU  
CANAL CARPIEN BASÉ SUR L'APPROCHE PARTICIPATIVE DU PATIENT  
PARTENAIRE DE SOINS, L'HABILITATION AUX OCCUPATIONS CENTRÉE SUR  
LE CLIENT ET LES RÉSULTATS PROBANTS

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

### Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La quasi-totalité des personnes atteintes d'un syndrome du canal carpien rapportent des problèmes à effectuer leurs occupations et près de la moitié n'auront recours à aucune forme de traitement médical avant d'être opérées parce qu'elles ne connaissent pas les autres traitements disponibles. La pratique auprès de cette clientèle interpelle donc particulièrement les ergothérapeutes dans leur rôle d'agent de changement, les incitant à déployer des stratégies d'*empowerment* (donner un rôle actif) à caractère préventif auprès de leurs clients dans une perspective d'habilitation de l'occupation centrée sur le client. **Objectif :** Cet essai comporte trois volets : (1) concevoir une prise en charge ergothérapique spécifique à la clientèle souffrant d'un syndrome du canal carpien, ici nommée *Pour avoir tous les atouts en main*, (2) évaluer la validité de contenu et la faisabilité du suivi proposé et (3) améliorer le suivi proposé avec les opinions d'experts recueillis. **Méthode :** Par une recension des écrits, un suivi a été conçu dans un premier temps et ensuite, une étude de validation de contenu et de faisabilité, procédant à partir d'un questionnaire maison basé sur une échelle de Likert et de commentaires qualitatifs émis par les participants, a été effectuée. Ainsi, dix participants ont été recrutés à titre d'experts pour évaluer le suivi proposé. **Résultats :** Les résultats obtenus montrent que l'évaluation de la validité de contenu et la faisabilité du suivi proposé sont non seulement supportées par des moyennes élevées, mais aussi par des commentaires favorables. Également, les commentaires recueillis font ressortir que les experts consultés acceptent le suivi proposé et le considèrent comme étant d'un intérêt clinique. **Discussion :** Le suivi proposé considère l'impact de la personne dans la prise en charge de sa situation et il est novateur, puisque cet aspect n'est traditionnellement pas considéré dans les approches préventives médicales. **Conclusion :** Les ergothérapeutes possèdent les connaissances nécessaires et un éventail indispensable de compétences pour la prise en charge de cette clientèle et pour favoriser un corridor de service fonctionnel. De par les difficultés d'accessibilité aux services d'ergothérapie vécues par les personnes atteintes du SCC, les ergothérapeutes doivent plaider pour leur prise en charge.

**Mots clés :** syndrome du canal carpien, approche participative, habilitation aux occupations, ergothérapie

**Key words:** Carpal tunnel syndrome

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	iii
REMERCIEMENTS .....	vi
LISTE DES TABLEAUX .....	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE .....	3
3. SYNDROME DU CANAL CARPIEN .....	7
3.1. Qu'est-ce que c'est? .....	7
3.2. Origine multifactorielle du SCC .....	8
4. CADRE CONCEPTUEL .....	11
4.1. Composantes de l'évaluation du SCC .....	11
4.1.1. Évaluation subjective .....	11
4.1.2. Évaluation objective .....	15
4.2. Options de traitement du SCC .....	21
4.2.1. Résultats probants reliés aux interventions non chirurgicales utilisées en ergothérapie .....	22
4.3. Approche participative du patient partenaire de soins .....	28
4.4. Spécificité de l'ergothérapie .....	30
4.4.1. Approche orthétique bio-occupationnelle .....	31
4.4.2. Habilitation aux occupations centrée sur le client .....	32
4.4.3. Soins de santé primaire et concepts de prévention de la santé .....	35
4.5. Suivi proposé .....	36
4.5.1. <i>Pour avoir tous les atouts en main</i> (version préliminaire) .....	38
4.5.2. Résultats attendus du suivi .....	38
5. MÉTHODE .....	40
5.1. Devis .....	40
5.2. Participants .....	40
5.3. Collecte des données .....	41
5.4. Analyse des données .....	42
5.5. Considérations éthiques .....	42
6. RÉSULTATS .....	43

6.1. Description des participants .....	43
6.2. Appréciation du contenu et de la faisabilité du suivi proposé.....	44
6.3. Principaux thèmes émergents .....	45
6.4. Considérations retenues pour le suivi .....	49
6.5. Points de divergence entre les experts .....	49
6.6. Autres considérations formulées par les experts .....	51
7. DISCUSSION .....	52
7.1. Concordance entre les résultats tirés des écrits scientifiques et ceux obtenus des experts. ....	52
7.2. <i>Pour avoir tous les atouts en main</i> (version finale) .....	54
7.3. Portée du projet .....	55
7.4. Pertinence du projet.....	56
7.5. Forces et limites de l'essai.....	56
8. CONCLUSION .....	58
RÉFÉRENCES.....	59
ANNEXE A Cotes attribuées par les experts en fonction de la clarté et de l'acceptabilité de chacune des séances de la version préliminaire du suivi proposé. ....	72
ANNEXE B Cotes attribuées par les experts en fonction de l'appréciation globale, de l'utilité clinique, de la commodité, et de la faisabilité de la version préliminaire du suivi proposé .....	73
ANNEXE C Analyse des verbatim .....	74
ANNEXE D Suivi proposé (version préliminaire) .....	75
ANNEXE E Questionnaire .....	78
ANNEXE F Suivi proposé (version finale) .....	84

## **REMERCIEMENTS**

En tout premier lieu, j'aimerais remercier l'équipe de la clinique externe de la main du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières. Grâce à cette équipe formidable, j'ai développé un véritable intérêt pour la thérapie de la main. D'ailleurs, le choix de la présente problématique découle de mes échanges avec l'équipe.

Ensuite, j'aimerais remercier les dix participants qui m'ont consacré de leur temps pour répondre à mon questionnaire et qui m'ont transmis des commentaires et réactions vis-à-vis le suivi proposé.

Enfin, j'aimerais remercier tout particulièrement Mme Martine Brousseau, qui m'a accompagné avec brio tout au long de la rédaction de mon projet d'intégration. Merci pour le temps accordé et surtout l'enthousiasme permanent partagé vis-à-vis mon projet. De plus, ses suggestions ont assurément contribué à la réussite de ce dernier.

Merci beaucoup à tous!

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Les situations ou les facteurs favorisant le SCC (Haute Autorité de Santé, 2012).....	9
Tableau 2.	Stade de sévérité d'un SCC (Foucault et coll., 2013).....	14
Tableau 3.	Les principes fondateurs du concept de PPS (Karazivan et coll., 2011).....	29
Tableau 4.	Les principes de base d'une approche bio-occupationnelle dans les interventions orthétiques (McKee et Rivard, 2004).....	31
Tableau 5.	Caractéristiques des participants.....	44

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAOS	<i>American Academy of Orthopedic Surgeons</i>
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AMELI	Assurance Maladie en ligne
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
EMG	Électromyographie
HAS	Haute Autorité de Santé
MCHCC	Modèle canadien de l'habilitation centrée sur le client
MCPP	Modèle canadien du processus de pratique
PPS	Patient partenaire de soins
SCC	Syndrome du canal carpien
TMS	Troubles musculosquelettiques



## 1. INTRODUCTION

Au Québec, le syndrome du canal carpien (SCC) affecte chaque année plusieurs hommes et femmes de tout âge et de toute condition. Le risque à vie de le développer serait même de 10% (Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, 1993). Le SCC est une atteinte musculosquelettique commune qui amène un inconfort (la douleur et les paresthésies sont les manifestations les plus fréquentes) au niveau de la main et du poignet et souvent, les symptômes sensitifs varient considérablement d'une personne à l'autre (Becker, Scalco, Pietroski, Celli et Gomes, 2014). Par contre, les personnes atteintes se retrouvent toutes avec des répercussions ennuyeuses dans leur quotidien. Par exemple, la personne peut avoir de la difficulté à dévisser un bouchon ou un couvercle, boutonner un vêtement ou à tourner une clé dans une serrure (Flinn, Pease, & Freimer, 2010). Et d'après Rossignol, Stock, Patry et Armstrong (1996), la quasi-totalité de ces personnes rapportent des problèmes à effectuer leurs occupations et environ 40 % d'entre elles n'auront recours à aucune forme de traitement médical avant d'être opérées parce qu'elles ne connaissent pas les autres traitements disponibles.

Avant de songer à un traitement chirurgical, si d'autres solutions sont disponibles, il est préférable de les considérer d'où la pertinence de ce projet pour la pratique actuelle, car des traitements conservateurs sont offerts en ergothérapie. D'ailleurs, Burke, Bradley, Sinha, Wilgis et Dubin (2007) suggèrent qu'il est possible d'avoir recours à une utilisation plus efficace des traitements conservateurs (orthèse, modification des activités, injection de corticostéroïdes, médication par voie orale) avant de référer à un médecin spécialiste pour la chirurgie. En effet, ces derniers mettent en évidence que les médecins généralistes n'exercent aucune discrimination entre les symptômes légers et sévères lorsqu'il considère qui pourraient bénéficier d'un traitement conservateur en première ligne. De surcroit, le projet a été entrepris suite à des discussions informelles avec un médecin spécialiste et des ergothérapeutes du Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-

Rivières impliqués auprès de clients atteints de SCC lors d'un emploi d'été comme assistant en réadaptation. Ces personnes ont manifesté un intérêt pour un questionnement quant aux soins actuels dans le réseau de la santé pour les personnes atteintes et ont fait valoir leur intérêt à éventuellement réaliser l'implantation du suivi qui sera proposé.

Dans l'ensemble, cet essai critique est divisé de la façon suivante. Tout d'abord, la problématique fait état du sujet de l'étude et de ce qui pose problème. La question de recherche et l'objectif qui en découlent sont ensuite exposés. Puis, les notions théoriques utilisées sont expliquées et mises en relation avec l'objet de l'étude. Enfin, la méthode est présentée et expliquée, suivie des résultats, de la discussion et de la conclusion.

## 2. PROBLÉMATIQUE

Le syndrome du canal carpien est la mononeuropathie la plus fréquente au sein de la population (Becker et coll., 2014), sa prévalence dans la population générale est évaluée à 3,8% (Atroshi, Gummesson, Johnsson, Ornstein, Ranstan et Rosen, 1999). Toutefois, certaines professions telles que la construction, le personnel de bureau et les travailleurs des chaînes de montage sont plus prédisposés à le développer (Lowe, 2008). Par exemple, l'incidence dans les abattoirs peut atteindre 21% (Falkiner et Myers, 2002). Également, le SCC idiopathique survient plus fréquemment chez les femmes (environ trois femmes pour un homme) et c'est chez les femmes de plus de 45 ans qu'on retrouve le taux le plus élevé (Rossignol et coll., 1996), mais le ratio ne tient plus lorsqu'on le mesure auprès des travailleurs. L'âge des personnes atteintes varie entre 20 ans et plus de 85 ans, mais l'on observe un pic d'incidence entre les âges de 40 et 60 ans (Ibrahim, Khan, Goddard et Smitham, 2012; Phalen, 1966). De plus, 50 à 60% des cas sont bilatéraux (Michelson et Posner, 2002).

Plusieurs études se sont penchées sur différentes approches pour l'évaluer le SCC et le traiter. Malgré les nombreuses études, le moment et le contenu de la prise en charge optimale pour cette clientèle, reste controversée et indéterminée (Haute Autorité de Santé, 2012). À ceci s'ajoute une difficulté d'ordre temporel reliée au traitement du SCC. En effet, le temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers symptômes, les différentes consultations à la fois du médecin généraliste et du médecin spécialiste et le moment où la personne se fait traiter peut s'avérer très long, voire jusqu'à plus d'une année, et ainsi compromettre la prise en charge. Par exemple, le temps moyen pour voir un médecin de famille pour un rendez-vous non urgent est de 6,6 semaines, le temps moyen pour une référence au médecin spécialiste est de 8,3 semaines et celui pour être traité par un médecin spécialiste est de 8,2 semaines (Boulenger et Vaillancourt, 2013). À tout ceci s'ajoute le temps que la personne a attendu avant de décider de consulter et le temps d'attente pour obtenir un test diagnostique (l'électromyographie est souvent utilisée). Pourtant, il est

recommandé de traiter dans les deux mois les patients qui ont un SCC conjugué à un engourdissement permanent, tandis que ceux qui ont un engourdissement épisodique pourraient attendre jusqu'à six mois (Société canadienne des chirurgiens plasticiens, 2007). Néanmoins, comme la vie des personnes en attente d'une chirurgie élective (non urgente), dont fait partie la décompression du canal carpien, n'est pas en danger, attendre entre six et douze mois est médicalement acceptable pour ces chirurgies. Toutefois, si la prise en charge est retardée, cela peut entraîner des dommages permanents, alors qu'avec une prise en charge rapide, la condition peut être réversible avec des traitements adéquats (Deniz et coll., 2012).

Ensuite, ce temps d'attente a des conséquences énormes pour la personne et la société. En effet, pour beaucoup d'individus, attendre pour voir un médecin, recevoir un diagnostic ou être traité peut être une expérience difficile et stressante qui a des répercussions sur leur qualité de vie, la baisse de productivité au travail ou à la maison et l'absentéisme au travail. Quant aux employeurs, le temps d'attente peut leur entraîner des coûts indirects importants lorsque leurs employés sont moins productifs en raison d'une douleur ou d'un inconfort causé par une indisposition non traitée ou lorsqu'ils doivent attendre pour recevoir des soins et des services de santé (Boulenger et Vaillancourt, 2013). De plus, la personne risque d'être en arrêt de travail, ce qui entraîne des coûts importants pour la société. En effet, les troubles musculosquelettiques (TMS), dont fait partie le SCC, constituent un enjeu important par le nombre alarmant de travailleurs atteints puisqu'ils engendrent des coûts d'indemnisation considérables et qu'ils sont considérés parmi les conditions ayant le plus d'impact négatif sur la qualité de vie (Tcaciuc, 2010). Au Québec, les TMS touchent chaque année plus de 45 000 travailleurs et les coûts d'indemnisation de ces travailleurs s'élèvent à 500 millions de dollars par année (Dufour, Pouliot, Simard et Sauvage, 2005)<sup>1</sup>. Aux États-Unis, le coût estimé pour les soins médicaux reliés au SCC s'élève à plus de 2 milliards de dollars annuellement, et ce principalement en raison de la chirurgie (Stapleton, 2006). Le SCC est d'ailleurs la compression

---

<sup>1</sup> Il existe des chiffres plus récents de la CSST, *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2013*, mais on ne retrouve pas ces mêmes calculs.

nerveuse qu'on rapporte comme la plus fréquente, la plus invalidante et la plus coûteuse dans la plupart des pays (Roquelaure et coll., 2005 ; Manktelow, Binhammer, Tomat, Bril et Szalai, 2004; Tcaciuc, 2010). Par exemple, ici au Québec, le SCC engendre les durées d'indemnisation les plus longues soit une absence du travail de 130,9 jours en moyenne alors que la durée moyenne d'absence pour l'ensemble des lésions en « ITE » du système musculosquelettique est de 67,3 jours (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2007)<sup>2</sup>.

Pour les ergothérapeutes, s'adonner à des occupations significatives est un besoin fondamental puisque les humains sont reconnus comme des êtres occupationnels qui ont le besoin de participer à des occupations et de s'exprimer à travers celles-ci (Yerxa, 1990). Or, la présence constante d'un ou des symptômes du SCC limite et perturbe l'engagement et la réalisation des activités de la vie quotidienne, du travail et de certains loisirs, incluant les activités familiales et sociales. Il est donc fort probable que le rendement occupationnel des personnes atteintes soit diminué. D'autre part, l'abandon de certaines activités du quotidien a aussi des conséquences sur la santé puisque les occupations favorisent cette dernière (Law, Steinweinder et Leclair, 1998). En effet, l'état de santé permet ou restreint la participation dans les occupations, mais les occupations peuvent à leur tour aider à maintenir la santé et le bien-être ou les fragiliser (Wilcock, 1993; Yerxa, 1998).

Cette clientèle fait partie depuis de nombreuses années de l'expertise des ergothérapeutes en thérapie de la main. Mais, la majorité du temps, les personnes atteintes de ce syndrome sont vues en ergothérapie après un très long délai, comme décrit précédemment. En raison de l'organisation du système de santé public, elles doivent également avoir une ordonnance médicale d'ergothérapie pour être vues dans les cliniques externes spécialisées des centres hospitaliers. Or, les ergothérapeutes se sentent interpellés par cette atteinte musculosquelettique et sa

---

<sup>2</sup> Il existe des chiffres plus récents de la CSST, *Statistiques sur les lésions attribuables aux TMS en milieu de travail 2010-2013*, mais on ne retrouve pas ces mêmes calculs.

prise en charge en deuxième ligne doit être repensée avec l'émergence du concept de responsabilisation du patient dans son parcours de soins à la lumière des récents résultats probants. Il s'agit d'une possibilité pour les ergothérapeutes de se joindre à des équipes interprofessionnelles fondées sur la collaboration dans les milieux de soins primaires. Les médecins jouent un rôle central dans la prestation de soins de santé et leur implication est incontournable. Quant aux ergothérapeutes, ils interviennent pour aider les personnes à être plus fonctionnelles dans leur quotidien (Donnelly, Brenchley, Crawford et Letts, 2014). En d'autres mots, ils les aident à être plus à même de vaquer aux occupations désirées, souhaitées, nécessaires ou obligatoires. Un partenariat entre ces derniers pourrait être une avenue prometteuse pour la prise en charge de cette clientèle. Les ergothérapeutes ne demandent pas mieux que de participer à l'efficience du système de santé et ainsi consolider les soins primaires et favoriser un corridor de service fonctionnel et le développement d'équipes interprofessionnelles (Association canadienne des ergothérapeutes, 2013). D'autant plus que le Canada obtient le pourcentage le plus élevé d'adultes qui déclarent que les soins qu'ils ont reçus étaient mal organisés et mal coordonnés (Aggarwal et Hutchison, 2012). Également, moins de 10 % des personnes atteintes d'un SCC sont adressés au chirurgien par des spécialistes. Soit qu'elles ont vu leur généraliste et qu'elles ont été ensuite dirigées vers un chirurgien ou qu'elles se sont présentées d'elles-mêmes au chirurgien (HAS, 2012).

Compte tenu des différentes composantes dont il faut tenir compte dans l'évaluation des personnes présentant un SCC, le peu de consensus sur la prise en charge optimale auprès de cette clientèle et les problèmes d'accès aux services d'ergothérapie et aux services de médecins spécialistes, la question suivante est soulevée : une prise en charge ergothérapique reflétant bien la philosophie de l'ergothérapie en lien avec les difficultés rencontrées chez la clientèle SCC a-t-elle sa place? De façon générale, l'objectif est de valider le contenu et la faisabilité du suivi proposé auprès de personnes présentant un SCC. Ainsi, les points forts et faibles du suivi proposé et les pistes d'amélioration possibles seront dégagés et discutés.

### **3. SYNDROME DU CANAL CARPIEN**

#### **3.1. Qu'est-ce que c'est?**

Une synthèse des propos de différents auteurs (Bouchaud-Chabot et Roulot, 2007; Chammas, Boretto, Burmann, Ramos, Neto et Silva, 2014; HAS, 2013; Société de l'arthrite, 2014) fait valoir la présentation qui suit. Tout d'abord, le syndrome du canal carpien résulte de la compression ou de l'irritation du nerf médian au niveau du poignet. Ce nerf assure la sensibilité des pulpes du pouce, de l'index et du majeur et de la moitié radiale de l'annulaire ainsi que la motricité de certains muscles du pouce. Quant à lui, le canal carpien est un tunnel ostéoligamentaire étroit et peu extensible traversé par le nerf médian et neuf tendons fléchisseurs des doigts, dont le plancher est constitué par les os du carpe et le toit par le ligament annulaire antérieur du carpe. En principe, ce canal sert à protéger le nerf médian. Cependant, lorsque du liquide ou l'épaississement des tissus présents à l'intérieur de celui-ci compriment le nerf ou bien lorsque la gaine des tendons devient dans un état inflammatoire, le volume du canal carpien diminue et une pression est exercée contre le nerf médian. Ensuite, les symptômes du SCC se caractérisent par la présence de dysesthésies (sensations de douleurs, de brûlures, de décharges électriques ou de striction) ou de paresthésies (fourmillements, picotements ou engourdissements spontanés) intermittentes, souvent nocturnes, dans l'ensemble des trois premiers doigts de la main, plus particulièrement sur la face palmaire, ou dans certains d'entre eux. Une perte de dextérité et des troubles vasomoteurs (œdème ou paume luisante) peuvent aussi être présents. Lorsqu'évolué, la compression nerveuse peut également entraîner une perte de la force de préhension (serrage ou pincement) ou une amyotrophie (fonte des muscles à la base du pouce) et une diminution importante de la sensibilité pulpaire des trois premiers doigts. Cela se traduit par un manque de force, des difficultés à saisir les objets même légers ou le lâchage d'objets. Enfin, l'apparition des symptômes est la plus souvent progressive. Par exemple, les paresthésies (sensation d'insensibilité, de gonflement ou de mains malhabiles) débutent initialement au réveil, puis elles deviennent nocturnes. Dans la journée, elles peuvent être déclenchées par certains mouvements, certaines activités ou le

maintien de certaines positions. Puis, l'évolution se fait vers des troubles permanents avec insomnies, troubles de la sensibilité, une maladresse, une faiblesse et finalement une paralysie de l'opposition du pouce.

Hormis ce qui vient d'être dit, l'évolution clinique n'est pas uniforme. C'est pourquoi une proportion de patients peuvent ressentir des signes et symptômes n'étant pas particulièrement gênants et ces patients n'iront pas consulter un médecin avant de nombreuses années. En revanche, chez d'autres personnes, les symptômes mènent un état d'incapacité fonctionnelle qui limite et perturbe la personne de façon très importante dans la l'accomplissement de ses occupations (Rossignol et coll., 1996). D'autres peuvent même développer un SCC de stade sévère en moins de trois mois (Zyluk et Puchalski, 2013), d'où l'importance d'assurer un bon suivi. Enfin, le SCC n'évolue pas toujours et une guérison spontanée, ce qui n'est possible que dans un tiers des cas (Futami, Kobayashi, Ukita, Endoh et Fujita, 1997).

### **3.2. Origine multifactorielle du SCC**

Le SCC est souvent le résultat d'une combinaison de facteurs qui augmentent la pression dans le canal carpien, ce qui provoque une ischémie du nerf médian et bien souvent, il survient sans aucune raison évidente. D'après la HAS (2012), on peut distinguer différentes formes: 1) les SCC « fonctionnels » liés à des postures compressives répétées qui possèdent un bon pronostic; 2) les SCC associés à une ténosynovite des fléchisseurs qui répondent bien à l'infiltration de corticostéroïdes; 3) les SCC secondaires à d'autres causes (par exemple : trauma, diabète) qu'il convient d'en traiter la cause; et 4) les SCC survenant en contexte de travail pour lesquels une modification de l'activité peut conduire à une résolution. Plusieurs conditions personnelles ou certains états pathologiques favorisent le risque d'apparition (voir Tableau 1).



**Tableau 1**  
*Les situations ou les facteurs favorisant le SCC (Haute Autorité de Santé, 2012)*

<b>États pathologiques ou conditions associées</b>	<b>Exemple</b>
Caractéristiques anthropométriques	Taille du poignet, indice de masse corporelle, obésité
Fluctuations hormonales	Une grossesse, la ménopause
Traumatismes ou lésions du poignet	Une fracture
Certaines affections médicales	L'hypothyroïdie, le diabète, la polyarthrite rhumatoïde, un dépôt d'origine goutteuse, l'amylose, la présence de kystes ou tumeurs
Activités	L'utilisation fréquente d'outils à main qui vibrent, les mouvements répétés de la main et du poignet durant de longues périodes, les postures contraignantes, les pressions mécaniques (ex : contact plus ou moins prolongé avec un objet dur), les mouvements qui sollicitent une force importante des muscles de la main (ex : préhension serrée)

Essentiellement, ces troubles se caractérisent par la diminution du diamètre du canal carpien ou bien par l'augmentation du volume des structures qui le traversent ou qui se retrouvent à l'intérieur de celui-ci (Société de l'arthrite, 2014). Par exemple, suite à une sollicitation importante ou des gestes répétitifs combinés à de la force, un processus inflammatoire s'installe et les tendons enflent et compriment le nerf médian. Dans d'autres situations (face antérieure du poignet en appui sur une surface, frappes régulières appliquées contre la paume de la main, poignet en hyperextension), certains os du carpe vont glisser vers l'avant et le ligament annulaire va se tendre comme la corde d'un arc et comprimer le nerf médian et les tendons contre les os du carpe (Bouhelo-Pam, n.d.). Toujours selon la HAS (2012), la grossesse et les fractures du poignet peuvent être à l'origine de formes très aiguës et invalidantes. Par contre, les symptômes qui surviennent pendant la grossesse disparaissent habituellement après l'accouchement.

Bien entendu, les activités professionnelles ou de loisirs qui sollicitent fortement la main et le poignet peuvent également contribuer à l'apparition des symptômes du SCC. D'ailleurs, les atteintes purement mécaniques sont souvent liées à l'activité. Toutefois, l'activité n'a qu'une faible incidence sur le développement du SCC. En effet, lorsque le canal carpien est large, les tendons fléchisseurs peuvent augmenter de volume sous l'effet de l'inflammation chronique sans jamais gêner le

nerf médian, à l'exception d'augmentation de volume très importante, lié à un œdème traumatique ou une ténosynovite aiguë (HAS, 2012). Quant aux mouvements généralement en cause, les mouvements de préhension pleine main ou avec poings fermés, de pince digitale, de flexion ou extension des poignets, de déviation radiale ou ulnaire et de flexion des doigts sont reconnus comme étant à l'origine d'un SCC. Toutefois, ces mouvements doivent être d'une amplitude importante ou contraignante avec usage de force, absence de périodes de repos adéquat et répétitivité. Sans compter que, une combinaison de ces facteurs de risque est requise pour conclure à l'existence d'une relation causale (Commission des lésions professionnelles du Québec, 2011). Pourtant, les écrits traitent bien souvent d'un facteur de risque à la fois malgré que les situations de travail en cumulent souvent plusieurs. Quoi qu'il en soit, le cumul de facteurs de risque dans l'activité a une valeur incriminante prépondérante.

Des éléments de l'environnement de travail peuvent aussi expliquer l'apparition de ce syndrome (ex : travail au froid ou l'ergonomie du poste de travail). Peu d'études rapportent l'efficacité d'ajustements ergonomiques du poste de travail pour le soulagement du SCC (Verhagen et coll, 2009). Néanmoins, il est possible d'adapter certains aspects du travail afin de réduire les facteurs de risque (ex : mouvements d'une amplitude importante ou contraignante). Contrairement à l'opinion populaire, aucune évidence entre l'apparition du SCC et l'usage intensif du clavier et de la souris n'a pu être établie (Mediouni, Roquemaurel, Dumontier, Becour, Garrabe, Roquelaure et Descatha, 2014).

## **4. CADRE CONCEPTUEL**

Cette section aborde la complexité de la prise en charge du SCC ainsi que la spécificité de l'ergothérapie. Les modèles théoriques pertinents à la proposition d'une prise en charge sont décrits, puis les différentes approches utilisées en ergothérapie pour ce projet sont détaillées.

### **4.1. Composantes de l'évaluation du SCC**

Les éléments de l'évaluation présentés dans le cadre de cette section sont des outils ou des manifestations fréquemment cités dans les écrits pour détecter un SCC, déterminer son stade de sévérité ou suivre son évolution. Des connaissances sur ces éléments permettent aux ergothérapeutes d'identifier les principales difficultés liées à la condition du patient, de déterminer le stade de sévérité de l'atteinte et d'établir un plan d'intervention adapté. De plus, les ergothérapeutes font des évaluations fonctionnelles, c'est-à-dire une évaluation portant sur le fonctionnement de la personne dans son quotidien et dans ses occupations variées. Ils contribuent aussi, par des observations cliniques, à soutenir le médecin quand il doit émettre un diagnostic, voire favoriser un dépistage précoce. Ainsi, les personnes atteintes ont de bien meilleures chances d'obtenir le soutien approprié ainsi que tous les traitements et toutes les interventions nécessaires au moment opportun.

#### **4.1.1. Évaluation subjective**

Avant tout, les recommandations de l'*American Association of Orthopedic Surgeons* (AAOS, 2008) et de l'ANAES (1997) identifient la collecte détaillée de données subjectives portant sur l'histoire de l'atteinte actuelle, c'est-à-dire l'entrevue, comme une étape incontournable de l'évaluation puisque la description par le patient de symptômes typiques permet d'évoquer avec une forte présomption un SCC. L'interrogatoire cherche à savoir si leurs symptômes se produisent surtout la nuit ou pendant le jour, si certaines positions ou mouvements répétés provoquent des symptômes, s'ils utilisent un outil à vibration au travail, si leurs symptômes sont ressentis au niveau de la main, du poignet ou ailleurs, ce que les patients font pour soulager leurs symptômes ou si le patient présente un facteur prédisposant (Alfonso,

Jann, Massa et Torreggiani, 2014). L'entrevue comprend généralement les grandes questions suivantes:

- a. **Durée** : Depuis combien de temps les symptômes sont présents?
- b. **Description des symptômes** : Quand les symptômes se produisent-ils (par exemple, la nuit)? Comment les symptômes se manifestent-ils (par exemple, des picotements, sensation de brûlures, douleurs, etc.)? Est-ce que les engourdissements/picotements sont intermittents ou persistants? Qu'est-ce qui améliore (par exemple, secouer la main, tenir la main vers le bas, l'eau chaude, etc.) ou aggrave les symptômes (par exemple, la conduite, tenir un téléphone, les outils vibrants, etc.)? Quelle est la gravité des symptômes (par exemple, l'impact sur le quotidien ou l'intensité de la douleur)?
- c. **Localisation et irradiation** : Où se situent la douleur ou les engourdissements? Les symptômes sont-ils présents en dehors de la distribution du nerf médian de la main (par exemple, le cou, les épaules ou le bras)
- d. **Évolution des symptômes** : Le problème est-il de mieux en mieux, pire ou reste-t-il le même? S'il y a eu changement, quelle est la nature du changement?
- e. **Traitements ou résultats d'examens antérieurs et conditions associées**: Qu'est-ce qui a été fait et qu'est-ce qui a fonctionné (par exemple, les injections, les médicaments, la modification de l'activité, etc.)? Des conditions associées sont-elles présentes (par exemple, diabète, polyarthrite rhumatoïde, grossesse, fracture, etc.)?
- f. **Occupations** : Comment la main est-elle utilisée au quotidien (par exemple, le travail, les loisirs, les activités quotidiennes, etc.)? Des limitations fonctionnelles dues aux symptômes sont-elles présentes (par exemple, faiblesse, maladresse, laisser tomber des objets, etc.)?

D'après les critères de l'*American Academy of Neurology* (1993), la probabilité de présenter un SCC augmente avec le nombre des symptômes et facteurs présents parmi la liste ci-dessous :

- a. **Symptômes** : survenue de l'un de ces symptômes dans le territoire du nerf médian : engourdissements, inconfort douloureux de la main, de l'avant-bras ou du bras ; paresthésies de la main; faiblesse ou maladresse de la main ; peau sèche, gonflement ou changement de couleur de la main
- b. **Facteurs de provocation** : sommeil, positions prolongées de la main ou du bras, actions répétitives de la main ou du poignet
- c. **Facteurs atténuants** : changements de position de la main, secouer la main. Habituellement, un soulagement est obtenu en secouant la main « signe de Flick », en frottant les mains ou en effectuant des mouvements de flexion et d'extension répétée des doigts (Katz, Stirrat, Larson, Fossel, Eaton et Liang, 1990).
- d. **Examen clinique** : il peut être normal ; apparition des symptômes par percussion (signe de Tinel), par pression directe sur le nerf médian (signe de Mac Murthry) au niveau du poignet ou par flexion forcée du poignet (signe de Phalen) ; perte de sensibilité dans le territoire nerveux du médian. Faiblesse ou atrophie des muscles thénariens ; peau sèche du pouce, de l'index et du majeur.

La classification de Katz et Stirrat (1990) est un outil d'aide au diagnostic positif. Elle détermine le degré de probabilité du SCC. Le SCC est typique en présence de : 1) fourmillements, picotements, engourdissements ou hypoesthésie (avec ou sans douleur); 2) atteinte de la face palmaire d'au moins deux des trois premiers doigts, paume et dos de la main étant exclus; et 3) douleur spontanée au poignet ou irradiante. Le SCC est probable en présence de signes identiques, mais touchant aussi la face palmaire de la main, la zone ulnaire étant exclue. Le SCC est possible en présence de : 1) fourmillements, picotements, engourdissements ou

hypoesthésie, avec ou sans douleur; et 2) atteinte d'au moins un doigt parmi les trois premiers. Le syndrome est improbable si aucun des symptômes énumérés ci-dessus n'est présent.

L'adaptation de Foucault et ses collaborateurs (2013) d'un tableau de l'article d'Ibrahim et ses collaborateurs (2012) a également été retenue dans le présent projet d'intégration (voir Tableau 2) pour catégoriser la sévérité du SCC.

Tableau 2  
*Stade de sévérité d'un SCC (Foucault et coll., 2013)*

STADE 1	STADE 2	STADE 3
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réveils nocturnes fréquents</li> <li>• Présence la nuit de : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sensations de gonflement et d'engourdissement au niveau de la main</li> <li>○ Douleur sévère irradiant du poignet jusqu'à l'épaule</li> <li>○ Paresthésies et picotements désagréables au niveau de la main et des doigts suivant le territoire distal du nerf médian incluant les 3 premiers doigts et le bord radial du 4<sup>e</sup> doigt</li> </ul> </li> <li>• Secouer la main diminue les symptômes « flick sign »</li> <li>• Au lever, une sensation de raideur persiste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes diurnes et nocturnes</li> <li>• ↑ symptômes : position prolongée, mouvements répétés de la main et du poignet</li> <li>• Présence de déficits moteurs</li> <li>• Une ↓ sensibilité superficielle au niveau des doigts et de la main limite la préhension</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'atrophie de l'éminence thénar est évidente</li> <li>• Paresthésies et douleurs peuvent être masquées par des engourdissements profonds</li> <li>• Présence d'une atrophie et faiblesse du court abducteur du pouce et de l'opposant du pouce</li> <li>• Les limitations fonctionnelles deviennent la plainte la plus importante</li> </ul>

Néanmoins, les données subjectives ne possèdent pas toutes une valeur prédictive pour détecter un SCC et son stade de sévérité (Keith et coll., 2009). Il faut également, lors de l'évaluation, considérer l'ensemble des causes potentielles et des activités susceptibles d'exposer les personnes aux facteurs de risque pour que l'intervention soit efficace et considérer la manière dont les personnes interprètent leurs symptômes puisque cela peut biaiser l'information recueillie. Il importe aussi de prendre en compte l'altération de la qualité du sommeil et les conséquences qui se

répercutent dans les occupations de la personne afin de qualifier l'atteinte fonctionnelle.

#### **4.1.2. Évaluation objective**

Pour compléter l'évaluation, des données objectives doivent être recueillies (AAOS, 2008). L'examen physique se déroule en plusieurs étapes: l'observation et la palpation, l'évaluation de la sensibilité, l'évaluation de la force musculaire et les tests de provocation. Aucune des étapes précédentes n'a de sensibilité ni de spécificité absolues (Patry et coll., 2007). À ceci s'ajoute, des questionnaires autoadministrés et l'examen neurologique. Divers outils d'évaluation permettent d'objectiver les déficits du SCC et les plus pertinents recensés à ce sujet seront abordés.

##### **4.1.2.1. Tests cliniques de provocation**

Divers tests cliniques permettant d'objectiver les déficits font partie de l'examen physique du SCC. Tout d'abord, on retrouve les tests de provocation, soit ceux permettant de reproduire les symptômes et ceux-ci ont été récemment répertoriés par Foucault, Founier et Legal (2013) : le signe de Phalen (classique, modifié ou inversé), le signe de Tinel, le signe de Mac Murthry et le test d'élévation du membre supérieur. Tout d'abord, le signe de Phalen semble être considéré comme la manœuvre spécifique pour évaluer le SCC. Il fait augmenter la pression à l'intérieur du canal carpien par une flexion forcée du poignet. Lorsqu'il est positif, il provoque l'apparition des symptômes (paresthésies, engourdissements ou inconfort dans le territoire du nerf médian distal au poignet) en moins de 60 secondes. Le délai d'apparition est noté en secondes. Il peut être fait activement ou passivement. Or, la flexion active implique la contraction des fléchisseurs se trouvant dans le canal carpien et cela pourrait être plus susceptible de reproduire les symptômes d'une ténosynovite (Foucault et coll., 2013). Ainsi, la flexion passive serait à privilégier. De plus, le signe de Phalen peut être positif dans environ 20% des cas chez des personnes ne présentant pas le syndrome (Buch-Jaeger et Foucher, 2013) et les études lui rapportent une sensibilité se situant entre 40 % et 88 % et une spécificité autour de 81 % (Cherian et Kuruvilla, 2006). Pour ce qui est du Phalen inversé

(extension du poignet) qui lui aussi peut être fait activement ou passivement, Werner, Bir et Armstrong (1994) rapportent une légère augmentation de la sensibilité par rapport au signe de Phalen classique. Celui-ci induirait une plus grande force de compression par l'élongation du nerf médian ce qui le rendrait ainsi plus sensible. Somme toute, aucune étude n'est en mesure de clairement démontrer quel type de flexion ou d'extension est la plus sensible. Ensuite, le signe de Tinel est largement utilisé, malgré une faible sensibilité et spécificité (respectivement entre 48 % et 73% et entre 30% et 94%) donnant souvent lieu à de faux positifs et négatifs (Ibrahim et coll., 2012). Il est positif s'il provoque une sensation de courant dans le territoire du nerf médian suite à la percussion du nerf médian sur la face palmaire du poignet. Également, il est difficile de déterminer et de standardiser la force qu'il faut appliquer lors des percussions. Or, une force trop importante peut provoquer des symptômes même si le nerf n'est pas atteint (Lewis et coll., 2010). Pour le signe de Mac Murthy, il s'agit d'exercer avec les pouces une pression externe sur le ligament annulaire antérieur du carpe entre l'éminence thénar et hypothénar. Il est positif s'il déclenche des douleurs ou des paresthésies au poignet en moins de 30 secondes. Les études lui rapportent, une sensibilité de 87% et une spécificité de 95% (Gonzalez Del Pino, Delgado-Matinez, Gonzalez Gonzalez & Lovic, 1997). Le test d'élévation du membre supérieur où la main est maintenue confortablement plus haute que la tête pour une minute ou deux est considéré positif selon les mêmes critères que les tests précédents. L'élévation diminue l'apport sanguin dans une région où la vascularisation du nerf médian est déjà compromise, alors un processus ischémique s'installe et reproduit les symptômes d'un STC. Une sensibilité se situant entre 75% et 98% et une spécificité allant de 91% à 98% ont été rapportées suggérant une bonne utilité diagnostique (Amirfeyz, Clark, Parsons, Melotti, Bhatia, Leslie & Bannister, 2011; Amirfeyz, Gozzard & Leslie, 2005; Ahn, 2001). De plus, Amirfeyz et ses collaborateurs (2011), montrent que le test d'élévation du membre supérieur possède une capacité prédictive équivalente à la combinaison de tests suivants: le signe de Mac Murthy, le Phalen et le test du tourniquet (application d'une pression égale à la pression artérielle systolique au niveau du bras à l'aide d'un sphymomanomètre).



Ainsi donc, aucune supériorité d'une manœuvre clinique par rapport aux autres n'a été nettement démontrée (Miedany, Ashour, Youssef, Mehanna & Meky, 2008) et leur sensibilité et leur spécificité sont discutables (Fisher et coll., 2004 ; De Krom et coll., 1990). Par ailleurs, Miedany et coll. (2008) démontrent dans leur étude que les tests de Phalen, Phalen inversé et le test de compression du nerf médian sont plus sensibles et spécifiques aux ténosynovites des fléchisseurs qu'aux SCC. Ces résultats conduisent à la conclusion que les tests de provocation ne sont pas suffisants pour conclure à un SCC et qu'il n'existe pas de *gold standart*. Toutefois, à la lumière de ces résultats, le Phalen, le Mac Murthy modifié et le test d'évaluation du membre supérieur possèdent les meilleures qualités psychométriques (Foucault et coll., 2013).

#### **4.1.2.2. L'évaluation de la sensibilité**

Puisqu'une diminution de la sensibilité au toucher léger est fréquemment rencontrée chez les patients avec une atteinte légère et modérée (MacDermid, Kramer & Roth, 1994) les monofilaments de Semmes-Weinstein et le test de discrimination de Weber, aussi appelé le test de discrimination de deux points statiques, peuvent être utilisés, mais ces tests sont limités (Marlowe, Boner & Berkowitz, 1999; Pagel, Kaul & Dryden, 2002), entre autres par une faible fidélité inter-évaluateur (MacDermid et Wessel, 2004). Ceux-ci permettent d'évaluer le seuil de sensibilité tactile et ainsi mettre en évidence une hypoesthésie sur le territoire du nerf médian. À cet égard, Alfonso et ses collaborateurs (2010) montrent que la présence d'hypoalgésie dans le territoire du nerf médian possède une sensibilité de 51% et une spécificité de 85%. De surcroît, l'altération de la sensibilité dans le territoire du nerf médian précède toujours l'atteinte motrice dans un SCC (Ibrahim et coll., 2012).

Le test des monofilaments de Semmes-Weinstein (application d'un ensemble de monofilaments de nylon calibrés de façon croissante) évalue la sensibilité au toucher léger. Le résultat est considéré positif si la valeur obtenue est supérieure au filament de calibre 2.83. La peau épaisse ou calleuse peut avoir un seuil plus élevé.

N'étant pas innervé par le nerf médian, le cinquième doigt sert de contrôle. Ce test s'avère simple, standardisé, reproductible et surtout quantifiable (Rizzo, 2001), mais il exige un temps d'administration important.

Le test de discrimination Weber (application d'une pression simultanée et égale en deux points) évalue les récepteurs cutanés. La valeur normale au niveau de la pulpe des doigts est de 2 à 4 millimètres ou jusqu'à 6 millimètres pour une peau plus épaisse. Le test indique une atteinte nerveuse lorsque la valeur est supérieure à 6 millimètres. Généralement, on compare avec la main saine et une différence indique un déficit. Dans ce cas-ci, la pulpe de l'index est utilisée. Ce test s'avère simple, quantifiable, rapide, reproductible et surtout quantifiable (Rizzo, 2001), mais il peut être normal malgré une atteinte légère ou modérée. Un résultat positif peut alors suspecter une atteinte sévère.

#### **4.1.2.3. L'évaluation de la force musculaire et autre signe clinique**

Dans un stade plus avancé, une faiblesse des muscles thénariens peut être observée (Ibrahim et coll., 2012). Différentes manœuvres de contre-résistance et certains outils permettent de vérifier des déficits moteurs des muscles thénariens. Tout d'abord, le dynamomètre JAMAR permet de mesurer la force de préhension et le pincemètre permet de mesurer la force de la pince pouce-index. Les valeurs obtenues doivent être interprétés en fonction de la main dominante dont la force est de 5 à 10% supérieure à l'autre main. Ensuite, le court abducteur du pouce (responsable de l'abduction du pouce) est le muscle le plus couramment affecté par un SCC (Aoori et Spence, 2008). On évalue la force de ce dernier en s'opposant au mouvement en appliquant une résistance sur la deuxième phalange du pouce. L'opposant du pouce (responsable de l'opposition du pouce, permettant un contact avec la pulpe des autres doigts) peut également être évalué avec le test de la boucle, on demande au patient de joindre les pulpes du pouce et de l'auriculaire et l'examineur exerce une traction vers le haut avec son index pour tester sa force. Un déficit est noté si la boucle est facilement rompue par le doigt de l'examineur. Puis, pour tester la fonction d'opposition, on demande au patient de réaliser un « O »

parfait avec le pouce et l'index, une forme ovale traduit l'atteinte de l'opposant du pouce (Merlet, 2013).

D'autres signes cliniques peuvent être observés tels que : la présence de tuméfactions, d'ulcérations ou de callosités pouvant témoigner de contraintes mécaniques externes subies au cours du travail, la présence de trouble trophique (peau sèche, squameuse ou atrophique et la sudation peut être absente) et la présence d'une amyotrophie latérale de l'éminence thénar (Merlet, 2013)

#### **4.1.2.4. Les questionnaires autoadministrés**

Des questionnaires autoadministrés peuvent s'avérer d'une utilité clinique pour compléter l'évaluation d'un SCC<sup>3</sup>. Il s'agit du questionnaire *Boston Carpal Tunnel Questionnaire* (BTCQ) élaboré par Levine et ses collaborateurs (1993) et du questionnaire *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand* (DASH) qui ne sont toutefois pas utilisés à des fins diagnostiques, mais plutôt comme outil permettant de suivre l'évolution de la condition du patient. Le BCTQ est un outil conçu pour permettre au patient d'objectiver la sévérité des symptômes ainsi que leurs capacités fonctionnelles (Leite, Jerosch-Herold et Song, 2006). Quant à lui, le questionnaire DASH est un outil utilisé avec différentes clientèles présentant divers troubles musculosquelettiques pour mesurer la capacité fonctionnelle globale des deux membres supérieurs (Greenslade, Mehta, Belward et Warwick, 2004). Ces deux questionnaires sont comparables en termes de qualités psychométriques (Foucault et coll., 2013). Toutefois, ils ont chacun leurs avantages. Par exemple, le DASH est un questionnaire de référence connu et largement utilisé et il comporte plus de questions relatives aux occupations tandis que le BCTQ est un outil conçu spécifiquement pour objectiver le SCC et son temps de passation est inférieur à celui du DASH (Greenslade et coll., 2004). Ainsi, l'utilisation de ses deux outils dépend du raisonnement clinique de l'ergothérapeute. Par contre, le DASH nécessiterait d'une

---

<sup>3</sup> Il y a également l'*Upper Extremity Functionnal Index* (UEFI) qui a été validé en français par Hamasaki, Demers et Filiatrault (2014), mais les questions incluses se rattachent moins aux symptômes du SCC.

validation pour les patients présentant une atteinte isolée du canal carpien (Sambandan, 2006).

#### **4.1.2.5. L'électromyographie**

Bien que le diagnostic du SCC repose, dans la très grande majorité des cas, sur l'examen clinique seul, l'électromyographie (EMG) est la forme d'examen la plus fiable pour confirmer le diagnostic de SCC, localiser le niveau de la compression, fournir de l'information sur sa gravité et rechercher une anomalie sur les autres nerfs du bras (Keith et coll., 2009). En outre, il exclut également d'autres types de neuropathies et est le meilleur test de diagnostic objectif (Becker et coll., 2014). Lorsqu'il s'agit de SCC sévères nécessitant une chirurgie, ou en cas de doute, l'électromyographie est souvent utilisée.

#### **4.1.2.6. Considérations cliniques**

En résumé, la positivité d'aucun test spécifique n'est suffisamment fiable pour incriminer la présence d'un SCC à lui seul (un test n'est qu'un élément de présomption) d'où l'intérêt d'en utiliser plus d'un. Par exemple, la combinaison des quatre tests suivants (signe de Mac Murthy, les monofilaments de Semmes-Weinstein, la classification de Katz et les symptômes nocturnes) donne lieu à une probabilité de 86% d'avoir un diagnostic de SCC et si ces quatre tests sont normaux, la probabilité d'avoir un SCC chute 0,68% (Katz et coll., 1990). Par contre, il y a un manque d'évidences qui demeure quant à la meilleure combinaison de tests spécifiques permettant de détecter un SCC (Foucault et coll., 2013). De plus, l'ajout d'éléments objectifs, comme l'évaluation de la force musculaire ou de la sensibilité, ne modifie pas l'impression clinique obtenue à partir d'une symptomatologie type (Westerman et coll., 2012). Toutefois, lorsqu'un portrait atypique est présent, la précision diagnostique de l'évaluation subjective diminue considérablement. De ce fait, il est important de compléter l'évaluation par des données objectives (Foucault et coll., 2013).

En dépit de ce qui précède, les ergothérapeutes doivent être sensibilisés quant à l'importance de réaliser une évaluation complète et d'utiliser les meilleurs outils à

leur disposition afin de rapidement suspecter la présence d'un SCC et d'évaluer son stade de sévérité afin d'établir un suivi optimal en fonction des problèmes qui en découlent puisqu'un dépistage tardif peut entraîner des dommages permanents nécessitant une chirurgie.

#### **4.2. Options de traitement du SCC**

En l'absence de signes de gravité, le SCC est tout d'abord pris en charge avec des interventions non chirurgicales. Celles-ci peuvent suffire à faire régresser les symptômes pour les cas moins sévères. O'Connor, Marshall, Massy-Westropp et Pitt (2003) rapportent les options de traitement non chirurgicales suivantes: le repos (par exemple, interrompre l'activité répétitive en cause ou du moins la modérer), la modification des activités, les exercices, les mobilisations, l'ergonomie (équipement ou positionnement), les orthèses, les ultrasons, les médicaments par voie orale (par exemple, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou les stéroïdes oraux), l'injection de corticoïdes, les vitamines et les thérapies complémentaires (par exemple, l'acupuncture). Les exercices et les mobilisations comprennent : la chiropratique, l'ostéopathie, les exercices de glissement de tendon ou de nerf, la mobilisation des os du carpe, les massages et le yoga (Huisstede, Hoogvliet, Randsdorp, Glerum, van Middelkoop et Koes, 2010). Ces modalités peuvent permettre d'aider les patientes pendant leur grossesse, ceux et celles qui attendent une intervention chirurgicale ou en cas d'activité temporairement accrue au travail. Cela dit, pour plusieurs d'entre elles, l'efficacité des interventions n'est pas bien démontrée. En effet, dans bien des cas, aucune évidence ou seulement un niveau d'évidence limitée n'a été trouvé (Huisstede et coll., 2010). Aussi, peu d'études recommandent plus d'une injection de corticostéroïdes (Marshall, Tardif et Ashworth, 2007), car les patients ayant reçu deux injections ou plus ne démontrent aucune amélioration clinique comparativement à ceux qui n'ont reçu qu'une seule injection (Wong, Hui, Lo, Chiu, Poon et Wong, 2005). En cas d'atteinte bilatérale, il faut éviter d'infiltrer les deux côtés simultanément, car une amélioration de la main controlatérale est souvent constatée lorsque la personne reçoit une injection unilatérale. L'infiltration, en cas de réponse positive, peut s'avérer également un facteur pronostic du succès de la chirurgie

(HAS, 2012).

En cas d'échec ou refus du traitement conservateur ou d'emblée si les signes de gravité sont importants (formes évoluées : déficit moteur ou amyotrophie ou signes de gravité à l'électromyogramme), l'intervention chirurgicale doit être envisagée (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, 1997). La chirurgie consiste à sectionner le rétinaculum des fléchisseurs des doigts, aussi appelé ligament annulaire antérieur du carpe, pour réduire la compression du nerf médian (HAS, 2012). L'intervention soulage, mais son succès à long terme dépend de plusieurs facteurs : l'état du nerf au moment de l'intervention, l'ancienneté de l'atteinte et la qualité de la récupération. Immédiatement après la chirurgie, une diminution de la force de préhension et de la dextérité est souvent observée. C'est une complication qui affecte 10 à 30 % des patients. La cicatrice quant à elle peut rester sensible « *pillar pain* » jusqu'à un an suite à la chirurgie. Par contre, dans les formes récentes, sans atteinte motrice, la récupération de la sensibilité et de la force est souvent très bonne (Penn State Milton S. Hershey Medical Center, 2013).

Certains patients qui ont des emplois nécessitant une force importante peuvent ne pas être en mesure d'y retourner après la chirurgie. En effet, des études indiquent que 10 à 15 % des patients changent d'emploi après la chirurgie (Penn State Milton S. Hershey Medical Center, 2013).

#### **4.2.1. Résultats probants reliés aux interventions non chirurgicales utilisées en ergothérapie**

En ergothérapie, plusieurs modalités peuvent être utilisées pour traiter des SCC. Les modalités qui ont servi à bâtir le suivi proposé seront abordées individuellement, mais il faut considérer qu'une modalité utilisée de façon isolée ne peut soulager et résorber à elle seule le SCC.

##### **4.2.1.1. Orthèses**

Les orthèses de repos sont souvent offertes aux patients avec des symptômes de SCC légers et modérés et plusieurs études de sont penchées sur celles-ci pour

traiter le SCC puisqu'on sait que la pression dans le tunnel carpien est augmentée dans les positions de flexion ou d'extension importante du poignet (Commission des lésions professionnelles du Québec, 2011). Dans l'étude de Stutzmann, Buch-Jaeger et Foucher (2008), une enquête téléphonique a été effectuée auprès de 52 patients ayant été traités trois ans auparavant. Une orthèse palmaire de repos nocturne (poignet en position neutre) a été portée pendant une durée moyenne de trois mois. L'amélioration subjective a été évaluée sur une échelle analogique et corrélée aux signes cliniques et à l'EMG. Deux groupes ont été formés. Dans le premier groupe, où l'on retrouvait les SCC légers, l'orthèse a soulagé 83% des patients et 15% d'entre eux ont été opérés dans les trois années qui sont suivies. Le second groupe était constitué des personnes présentant des SCC plus sévères, pour lesquels la chirurgie a été indiquée, mais différée pour des raisons diverses. L'orthèse a soulagé 75 % des patients jusqu'à la chirurgie. Si l'on considère l'ensemble des patients, l'orthèse a été efficace dans 81 % des cas. De surcroît, la HAS (2012) propose l'orthèse comme solution d'attente avant un traitement chirurgical ou lorsqu'une résolution spontanée est prévisible (grossesse, sollicitation intensive inhabituelle de la main). Pendant notre sommeil, nous ne sommes pas conscients des positions (flexions involontaires) que l'on adopte et c'est pourquoi le port d'orthèse présente le potentiel de briser le cercle d'irritation et d'inflammation au niveau des poignets en donnant une période de récupération au nerf médian. De plus, les orthèses de repos n'apportent pas d'effet indésirable important. Dans la revue Cochrane de Page, Massy-Westropp, O'Connor et Pitt (2012), les évidences permettant d'assumer qu'une orthèse est plus efficace que l'absence d'intervention (ou un placebo) à court terme sont présentes, mais elles sont insuffisantes quant à l'efficacité clairement démontrée d'une conception d'orthèse ou d'une posologie d'utilisation par rapport aux autres. Toutefois, il a été constaté qu'une orthèse portée la nuit est aussi efficace qu'une orthèse portée pendant toute la journée (incluant la nuit). Cela suggère que le patient peut porter une orthèse que la nuit pour parvenir à une amélioration semblable (Huisstede et coll., 2010).

Malgré que plusieurs incertitudes subsistent sur l'acceptation d'une conception ou d'une posologie par rapport à une autre, on sait que la pression à l'intérieur du canal carpien est plus élevée lorsque le poignet est en extension par rapport à la position neutre. Par conséquent, il semble intuitif d'utiliser une position neutre plutôt que de positionner le poignet dans une position étendue fonctionnelle. Puis, la posologie rapportant des bénéfices se situe entre six (Nuckols et coll., 2011) et 12 semaines (De Angelis, Pierfelice, Di Giovanni, Staniscia et Uncini, 2009). Par ailleurs, pour obtenir des bénéfices optimaux l'AAOS (2008) a recommandé de porter l'orthèse pendant sept semaines. Les études à long terme ont démontré des résultats considérables quant à la réussite du traitement d'une orthèse portée la nuit à trois mois de traitement (Gerritsen, Korthals-de Bos, Laboyrie, de Vet, Scholten et Bouter, 2003) et après 12 mois de traitements supplémentaires à un traitement de six semaines (Povlsen, Bashir et Wong, 2014). Dans cette perspective, le suivi proposé s'étalera sur douze semaines. Enfin, si les symptômes d'un patient ne répondent pas positivement à une orthèse de repos qui immobilise le poignet en position neutre, des études ont montré un avantage d'inclure les articulations métacarpophalangiennes (MCP) en extension. En immobilisant les MCP, cette orthèse limite alors l'incursion des muscles lombricaux (muscles intrinsèques de la main chargés de la flexion des MCP) à l'intérieur du canal carpien (Hayes, Carney, Wolf, Smith et Akelman, 2002) et empêche la flexion complète des doigts atténuant ainsi la ténosynovite des tendons fléchisseurs. Le suivi proposé préconisera alors cette orthèse thermomoulée sur mesure qui immobilise le poignet en position neutre et les MCP en extension et puisqu'il sera recommandé de porter l'orthèse la nuit, il n'y aura pas d'impact fonctionnel relié à l'immobilisation des MCP.

#### **4.2.1.2. Exercices**

Il est recommandé que des exercices de glissement de tendons et de nerfs (McKeon et al, 2008) soient considérés comme un élément permettant de compléter l'orthèse puisque ces deux modalités ont démontré un potentiel pour réduire les symptômes et améliorer la fonction chez les patients, en particulier les exercices de glissement de tendons (Horng, Hsieh, Tu, Horng, Wang, 2011). Par ailleurs, l'ajout



d'exercices de glissement de tendons et de nerfs est bénéfique pour la gestion à long terme du SCC, mais s'ils sont effectués seuls, l'efficacité n'est pas démontrée (Bardak, Alp, Erhan, Paker, Kaya et Önal, 2009). Ensuite, les étirements sont souvent suggérés comme traitement d'appoint à l'orthèse puisque les exercices actifs du poignet et des doigts ont montré une diminution de la pression du tunnel carpien et une augmentation de l'approvisionnement en sang au nerf (Ibrahim et coll. 2012). Leur principal intérêt est la décontraction musculaire.

Akalin et ses collaborateurs (2002) montrent des différences cliniquement significatives entre uniquement le port d'orthèse et un traitement avec des exercices de glissement de tendons et de nerfs ajoutés au port d'orthèse. Comme ces exercices sont relativement simples, ils peuvent être de bons exercices à réaliser, surtout pour ceux dont le travail est répétitif, pour optimiser des changements réguliers de position du poignet et des doigts (Foucalt et coll., 2013). Hayes, Carney, Wolf, Smith et Akelman (2002) ont indiqué une amélioration significative des symptômes du SCC quand des exercices de glissement de tendons ont été réalisés conjointement au port de l'orthèse. Chaque série d'exercices commence par le poignet et les doigts en extension complète et se termine par un poing (voir Coppieters et Alshami, 2007). Ces exercices étaient préformés cinq fois chacun, cinq fois par jour. Rozmaryn, Dovel, Rothman, Gorman, Olvey et Bartko (1998) ont constaté que chez les patients qui n'ont pas effectué d'exercices de glissement, le taux d'intervention chirurgicale était de 71%, alors qu'il n'était que de 43% chez les patients qui ont effectué des exercices réguliers. Quant à eux, les exercices de glissement du nerf médian comprennent six positions (voir Coppieters et Alshami, 2007). Il s'agit de progresser d'une position à l'autre et lorsque les symptômes du nerf médian commencent à être provoqués (fourmillement), c'est la position maximale à utiliser. Quand la personne peut maintenir une position sans symptômes, elle peut progresser vers la prochaine position et ainsi de suite. Lorsqu'elle atteint la dernière position, elle doit répéter la routine de mobilisation. Chaque position doit être maintenue entre 5 à 30 secondes sans faire augmenter les symptômes. Les exercices doivent se faire de façon progressive jusqu'à ce que les symptômes se

soient atténués.

Baker, Moehling, Rubinstein, Wollstein, Gustafson et Baratz (2012) ont examiné l'efficacité d'une orthèse combinée à des étirements des muscles lombriques. L'intervention d'une durée de quatre semaines comprenait le port d'une orthèse de nuit combiné à des étirements effectués six fois par jour. Une comparaison a été faite entre les quatre groupes à 4, 12 et 24 semaines. En somme, la combinaison d'une orthèse standard avec des étirements intensifs des muscles lombriques a été la combinaison la plus efficace pour l'amélioration des gains fonctionnels à 24 semaines post-intervention. Par ailleurs, seulement 25,5% des participants ont décidé de subir la chirurgie à la fin de l'étude. Les résultats de l'étude supportent la littérature qui suggère que l'utilisation d'une orthèse combinée à des exercices est une méthode plus efficace à court terme pour améliorer les symptômes et la fonction chez les patients présentant un SCC léger à modéré que les orthèses ou les exercices séparément. Considérant les effets positifs potentiels de la combinaison d'une orthèse avec des étirements des muscles lombriques, ces étirements seront intégrés au suivi proposé. Également, l'étude a démontré que la fonction de la main peut continuer de progresser, même lorsque les symptômes cessent de s'améliorer. Enfin, il est suggéré aux professionnels qui utilisent un traitement conservateur d'attendre plusieurs mois avant de recommander une intervention chirurgicale pour laisser suffisamment de temps pour une pleine amélioration.

Au-delà des évidences scientifiques, il est aussi possible d'envisager des exercices de renforcement après une période d'immobilisation (port de l'orthèse). D'une part, un renforcement peut être envisagé pour remédier à un déséquilibre musculaire ou à une perte de force qui est apparue progressivement suite à l'installation des symptômes (par exemple, la main atteinte s'est retrouvée moins utilisée). D'autre part, renforcer les muscles et les tendons peut permettre de mieux supporter les contraintes imposées dans les occupations, donc moins de risque de récurrence. Mais, tous les mouvements au poignet et à la main doivent être effectués

sans douleur avant de penser à renforcer.

En dépit de ce qui précède quant aux bénéfices apportés par un programme d'étirement spécifique ou de renforcement de la main et du poignet ou des techniques de massage ou de glissement nerveux, Page, O'Connor, Pitt et Massy-Westropp (2012) rapportent des évidences limitées et de très faible qualité et mentionnent que la décision de proposer ce type d'intervention doit être fondée sur l'expertise des cliniciens ainsi que sur les préférences du patient. Néanmoins, dans bien des cas, ces exercices étaient donnés à faire à domicile et il n'y avait pas de suivi pour valider s'ils étaient bien faits.

#### **4.2.1.3. Interventions éducatives**

En ce qui concerne les interventions éducatives, Hall, Lee, Fitzgerald, Byrne, Barton et Lee (2013) ont examiné l'efficacité du port d'une orthèse pendant huit semaines combiné à de l'éducation. Les participants ont été recrutés parmi une liste d'attente de chirurgie de l'hôpital et ont été attribués au hasard à un groupe d'intervention (n=30) ou un groupe de contrôle (n=24). Le contenu éducatif comprenait des informations sur la pathologie du SCC, l'identification des facteurs associés, de l'enseignement sur l'autogestion des symptômes ainsi que la détermination d'objectifs avec le patient. En somme, des améliorations significatives par rapport aux symptômes et à l'état fonctionnel ont été observées dans le groupe d'intervention, mais pas dans le groupe contrôle. Près du deux tiers des participants ont déclaré qu'ils avaient décidé de ne pas demander une intervention chirurgicale après le traitement. Il est donc suggéré qu'un traitement conservateur mené par des ergothérapeutes incluant de l'information éducative peut améliorer les symptômes et la fonction de la main chez les personnes présentant un SCC. Parallèlement, Facca, Sauleau, Robert, Gouzou, Clavert et Livernaux (2014) ont montré qu'en matière de SCC, les documents d'information écrits destinés aux patients améliorent de façon significative l'efficacité de l'information orale. Également, l'engagement des participants dans l'intervention semble expliquer les bons résultats. Pour terminer, Foucault et coll. (2013) recommandent une prise en charge qui inclue l'enseignement

de la dysfonction du SCC, les effets attendus des traitements et les responsabilités du patient dans sa prise en charge pour ainsi, selon eux, optimiser l'effet placebo. En s'appuyant sur Sluka (2009), ils rapportent que l'effet placebo a un impact réel sur la douleur en physiothérapie et cet impact peut être grandement modulé par le type de prise en charge.

#### **4.3. Approche participative du patient partenaire de soins**

Passant d'une approche axée sur le contrôle des symptômes à l'approche centrée sur le patient, les approches de soins se sont transformées au fil du temps et encore aujourd'hui, des changements s'opèrent. Désormais, émergeant de la pratique et de la réflexion des cliniciens, une nouvelle représentation se construit dans notre rapport aux soins et à la relation soignant-soigné. Il est maintenant question d'une approche participative appelée patient partenaire de soins (PPS). À travers celle-ci, le patient est désormais défini comme « une personne progressivement habilitée, au cours de son cheminement clinique, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels [la compétence qu'il développe grâce à son propre vécu de la maladie] sont reconnus et ses compétences de soins sont développées par les intervenants de l'équipe clinique. Respecté dans tous les aspects de son humanité, il est participant de plein droit de cette équipe pour les soins et services qui lui sont offerts. Tout en reconnaissant l'expertise des membres de l'équipe, il oriente leurs préoccupations autour de son [projet de soins qui peut parfois se rattacher au] projet de vie et prend part ainsi aux décisions qui le concernent » (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Cette vision de partenariat reconnaît alors que le patient détient une expérience unique de la maladie. Il devient donc un membre à part entière de l'équipe, où les soins ne sont plus centrés sur lui, mais dispensés avec lui, pour lui et éventuellement par lui. Il s'agit donc d'un pas de plus qui nous amène à lui conférer un rôle actif et ainsi aller au-delà de son implication dans le processus de décision. En d'autres termes, on ne se préoccupe plus de la maladie seule ou du patient comme une victime passive d'une pathologie, mais on se préoccupe de lui en tant que personne capable de développer une compétence de soins et de faire des

choix (Karazivan et coll., 2011) et aussi, dans une mesure, d'adopter des comportements de santé. Le tableau 3 expose les principes fondateurs du concept de PPS (Karazivan, Dumez, Mercier, Boucher, Lebel, Muriel et Ghadiri, 2011).

Tableau 3  
*Les principes fondateurs du concept de PPS (Karazivan et coll., 2011)*

1	L'habilitation progressive du patient et de ses proches à faire des choix de santé libres et éclairés.
2	La reconnaissance des dimensions psychologiques, sociales, culturelles, voire spirituelles, du partenariat.
3	La reconnaissance qu'une décision de soins de qualité est adaptée aux spécificités du contexte du patient et de ses proches et ne s'appuie pas uniquement sur des facteurs de succès et de risque d'échecs.
4	La reconnaissance du savoir expérientiel du patient et de ses proches ainsi que leur capacité à développer une compétence de soin.
5	La nécessité de former le patient et ses proches pour les habilitier à devenir des acteurs à part entière du processus de soins.
6	La nécessité de travailler dans le cadre d'équipe multiprofessionnelle qui intègre le patient et ses proches, en collaboration étroite les uns avec les autres.
7	La nécessité d'une évaluation commune et d'un partage du risque entre l'équipe, le patient et ses proches.
8	La reconnaissance que le patient et ses proches sont des acteurs incontournables dans la formation de leurs pairs et des futurs professionnels de la santé.

Face aux grands enjeux en santé (une chronicisation et une complexification des maladies, le vieillissement de la population, un niveau de plus en plus élevé d'information détenue par les patients et un faible niveau d'observance aux traitements), un changement de la dynamique soignant-soigné s'impose et se dessine partout dans le monde (Karazivan et coll., 2011). Pour ces derniers, le PPS c'est l'évolution logique, sociale et historique du lien qui unit le professionnel et le patient.

En ce moment, l'approche centrée sur le patient est très populaire auprès des professionnels de la santé, toutefois elle exclut encore trop souvent le patient de la dynamique de soins. De fait, le partenariat de soins et de services s'impose comme l'approche collaborative la plus apte à répondre aux défis et préoccupations actuels

en matière de santé (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013). Ainsi, ce partenariat permettrait à tous les intervenants en santé, dont font partie les patients et leurs proches, de travailler ensemble à partir de leur complémentarité et en pleine conscience de leur interdépendance. De plus, l'éducation du patient s'orienterait alors « vers une vision [...] où apprendre aux personnes [ou les assister] à prendre soin d'eux-mêmes est tout aussi important que de les soigner, une vision où chaque patient s'émancipera à travers sa maladie parce que son équipe de soins lui offrira un terrain fertile pour le faire, une vision du soin où patients, médecins et professionnels de la santé trouveront ensemble un sens commun à leur action parce qu'ils se reconnaissent mutuellement comme des acteurs de soins » (Dumez, 2013).

Pour terminer, si les ergothérapeutes sont considérés comme les experts de l'habilitation de l'occupation, le patient partenaire est quant à lui ici considéré comme l'expert de la personne vivant avec la maladie et c'est ce qu'il faut retenir de cette nouvelle approche.

#### **4.4. Spécificité de l'ergothérapie**

La spécificité de l'ergothérapie repose sur le fait de promouvoir les occupations et cela signifie « guider et soutenir la personne tout au long de la démarche qui lui permettra de choisir, d'organiser et d'accomplir les occupations qu'elle désire réaliser » (ACE, 1997). Plus spécifiquement, l'ergothérapie permet à la personne d'explorer les situations et les outils qui lui permettront de participer à la résolution des problèmes qui se présentent à elle. L'ergothérapie est donc orientée sur la participation, l'action et la prise en charge par la personne de sa santé au quotidien. Ainsi, l'ergothérapeute reconnaît le savoir des personnes et par le fait même, qu'elle est elle-même l'experte de sa situation. En outre, les ergothérapeutes ont développé dans leurs expériences, et qui fait partie maintenant des fondements théoriques, l'expertise d'accompagner les personnes atteintes dans la mise en place de changements. Ainsi, l'ergothérapeute accompagne les personnes dans un processus de changement (Étienne, 1990). Le travail de l'ergothérapeute se fait donc dans une

culture de collaboration. Enfin, l'intervention ergothérapique est personnalisée en fonction des besoins de l'individu (Townsend et Polatajko, 2007; ACE, 1997; Unruh, 2004; Yerxa, 1990).

#### 4.4.1. Approche orthétique bio-occupationnelle

D'emblée, les ergothérapeutes sont reconnus pour une intervention orthétique lorsqu'il s'agit du traitement du syndrome du canal carpien. Toutefois, le champ d'exercices de l'ergothérapeute va au-delà de simplement fournir une orthèse. Dans une perspective d'habilitation aux occupations, McKee et Rivard (2004) parlent alors d'une approche orthétique bio-occupationnelle et centrée sur le client. Les principes qui la soutiennent sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4  
*Les principes de base d'une approche bio-occupationnelle dans les interventions orthétiques (McKee et Rivard, 2004)*

1	Identifier et s'occuper des buts occupationnels
2	Utiliser une perspective occupationnelle et promouvoir l'approche centrée sur le client
3	Optimiser le confort, l'aspect esthétique et l'aspect pratique
4	Minimiser la gêne occupationnelle
5	Utiliser l'approche « Trop, c'est comme pas assez » : concevoir et fabriquer une orthèse qui impose le moins de gêne possible et qui est la plus discrète possible
6	S'assurer que le client comprend le but de l'intervention ainsi que la façon d'ajuster et de prendre soin de l'orthèse
7	Considérer les environnements du client
8	Identifier et s'occuper des buts biologiques et minimiser les risques biologiques
9	Intégrer des principes mécaniques rationnels
10	Assurer un suivi (les avantages optimaux de l'intervention peuvent ne pas être atteints sans cela)

Également, l'intervention nécessite l'identification des facteurs qui sous-tendent la limitation des activités et des restrictions quant à la participation du client et le traitement des structures biologiques et leurs limitations. Parallèlement, les orthèses habilitent aux occupations en employant une approche biomécanique pour

diminuer les déficiences des structures biologiques. De plus, la conception d'une orthèse doit tenir compte des préférences du client et des exigences occupationnelles et environnementales en cause. En effet, les orthèses conçues consciencieusement et soigneusement en collaboration avec le client peuvent transformer la vie d'une personne en soulageant la douleur, en protégeant et en stabilisant les articulations et en favorisant la réalisation d'occupations significatives (Ford, McKee et Szilagyi, 2004; McKee et Nguyen, 2007). Ainsi, les occupations sont directement ou indirectement favorisées.

#### **4.4.2. Habilitation aux occupations centrée sur le client**

Qu'entend-on par habilitation? En ergothérapie, les termes habiliter et l'habilitation réfèrent aux processus visant à faciliter, guider, coacher, éduquer, mobiliser, écouter, réfléchir, encourager ou collaborer avec les personnes, les groupes, les organismes, les associations afin de mettre à la disposition des personnes les outils permettant de diriger leur vie (Townsend, Polatajko, Craik et Davis, 2007). L'habilitation est alors la forme d'aide la plus judicieuse lorsqu'il s'agit de rendre capable ou de rendre possible. Ainsi, l'habilitation est la compétence fondamentale exercée en ergothérapie et un principe d'intervention où la personne atteinte, accompagnée par l'ergothérapeute, se met en action et devient active (ACE, 1997). Le Modèle canadien d'habilitation centré sur le client (MCHCC) fait état de cette compétence essentielle à l'ergothérapie qui est d'habiliter les personnes à participer à des occupations et il conceptualise ce que les ergothérapeutes font. Le MCHCC s'inscrit dans une collaboration client-professionnel qui repose sur une gamme d'habiletés. Les dix habiletés clés à l'habilitation en ergothérapie correspondent à des stratégies d'interventions avec le client. Elles sont: adapter, revendiquer, coacher, collaborer, consulter, coordonner, concevoir et réaliser, éduquer, engager et exercer son expertise. Plus spécifiquement, les quatre qui suivent s'appliquent particulièrement au SCC (Townsend et coll., 2013).



Adapter est une stratégie pour soutenir la personne à répondre aux défis occupationnels (Schkade et Shultz, 1992). L'analyse occupationnelle, dont découle l'adaptation de l'occupation, permet à l'ergothérapeute de proposer et de mettre en place différentes formes d'adaptation en vue de faciliter les occupations du client, selon les besoins des personnes ou les exigences de l'environnement. Dans le cas présent, l'analyse occupationnelle permet à l'ergothérapeute d'obtenir une richesse d'informations quant aux obstacles et aux facteurs facilitant le maintien des symptômes. Subséquemment, l'ergothérapeute peut alors proposer des solutions spécifiques quant aux occupations de la personne. De plus, il ne s'agit pas seulement d'adapter les occupations du client, mais aussi de solliciter les habiletés d'adaptation du client afin d'améliorer son rendement ses activités. Ainsi, l'ergothérapeute accompagne la personne dans un processus d'adaptation (Townsend et coll., 2013).

Collaborer est une stratégie qui fait référence au partage du pouvoir dans la pratique centrée sur le client (Schaeffer, 2002). Collaborer signifie donc travailler ensemble, particulièrement dans un effort intellectuel conjoint ou vers une finalité commune. La collaboration s'appuie entre autres sur l'empathie, l'altruisme, la confiance et la communication créatrice. De plus, elle requiert des habiletés d'écoute, de communication, de respect et de confiance aux autres, de collaboration, d'encouragement dans la recherche persistante de solutions et dans la facilitation des processus pour exprimer des perspectives diverses. En habilitant au changement individuel, l'habileté de collaborer permet la différenciation de l'habilitation comme étant la façon de travailler avec les clients, collaborer avec eux, au lieu de faire les choses pour eux ou à leur place (Townsend et coll., 2013). Dans le présent programme, il s'agit de partager nos responsabilités avec le client. Par exemple, assigner un devoir réflexif au client quant au repérage des facteurs contribuant au maintien des symptômes et des incapacités qui en découlent, intégrer les opinions du client pour l'habilitier au changement ou bien en promouvant la collaboration médecins-ergothérapeutes par le partage des observations cliniques.

Concevoir, réaliser est une stratégie qui englobe la conception et la réalisation de produits, comme les orthèses (McKee et Morgan, 1998), la conception afin d'adapter l'environnement construit et affectif (Clark et coll., 2001) ainsi que la réalisation et la mise en œuvre des programmes et des services (Rebeiro et coll., 2001). Concevoir veut aussi dire élaborer un plan, créer ou formuler une stratégie. De plus, concevoir a été jumelé à réaliser afin de souligner que les ergothérapeutes mettent en œuvre, c'est-à-dire exécute des conceptions (Townsend et coll., 2013). Ici, il s'agit justement de l'objet de ce projet qui a pour but de repenser la prise en charge de la clientèle présentant un SCC afin de présenter un suivi dans le but d'implanter une valeur ajoutée à la pratique actuelle.

Engager, se mobiliser représente la stratégie qui entraîne les clients dans l'agir, c'est-à-dire l'engagement dans l'action au-delà des discours. Pour y arriver, l'ergothérapeute regarde au-delà de la capacité actuelle de la personne et il analyse les influences personnelles et environnementales sous-jacentes se répercutant sur l'engagement dans les occupations (Townsend et coll., 2013). Le cas échéant, il s'agit d'inciter la personne, à travers nos interventions, à prendre part à son parcours de soins et à l'accompagner dans cette mise en action.

D'autre part, la gamme de stratégies d'habilitation repose également sur huit principes d'utilisation : 1) il est inhabituel pour un ergothérapeute d'utiliser seulement une habileté en habilitation; 2) les habiletés d'habilitation évoluent et se développent en fonction des besoins, des demandes ou du contexte des clients; 3) les ergothérapeutes recherchent une collaboration mutuelle; 4) les ergothérapeutes développent une gamme personnalisée de stratégies en habilitation en fonction de leurs particularités; 5) les habiletés d'habilitation peuvent être imperceptibles aux autres, prises pour acquises et sous-estimées; 6) les habiletés d'habilitation sont guidées par la connaissance, le recours à l'érudition et les résultats probants, ainsi que le jugement du client et du professionnel; 7) l'habileté éduquer englobe l'enseignement aux étudiants en ergothérapie et au personnel auxiliaire en ergothérapie; et 8) les habiletés d'habilitation sont utilisées tout au long du processus

de pratique (Polatajko et Townsend, 2013). L'habilitation en ergothérapie est donc complexe.

Pour terminer, le MCHCC est un guide pour habilitier les personnes à s'engager dans des occupations et celui-ci rencontre les cinq éléments essentiels de l'ergothérapie : 1) aborder les défis occupationnels; 2) utiliser des solutions centrées sur l'ensemble des forces afin de s'y appuyer; 3) s'assurer que l'habilitation soit centrée sur le client (et non normative); 4) utiliser une base multidisciplinaire de connaissances; et 5) utiliser un processus de raisonnement professionnel qui peut aborder la complexité de l'ergothérapie (Polatajko, Davis, Cantin, Dubouloz-Wilner et Trentham, 2013).

#### **4.4.3. Soins de santé primaire et concepts de prévention de la santé**

Les concepts « soins primaires » et « services de santé de première ligne » sont interprétés de diverses manières et sont utilisés de façon indifférenciée (Muldoon, Hogg et Levitt, 2006; Trottier, Fournier, Diene et Contandriopoulos, 2003). Ici, on s'intéresse aux soins primaires définis par Starfield (1998) comme étant « le niveau de premier accès au système de santé pour tout nouveau besoin ou problème et offrant des services axés sur la personne (et non sur la maladie), qui procure des services pour tous les cas sauf les plus rares ou inhabituels, et qui coordonne ou intègre les soins offerts ailleurs par d'autres intervenants » (traduction tirée de Aggarwal et Hutchison, 2012). Molla, Donaldson, Yordy, Lohr et Vanselow (1996) les définissent de façon similaire, à savoir « des services de soins de santé accessibles et intégrés, dispensés par des cliniciens qui sont chargés de répondre aux très divers besoins en soins de santé des gens, de renforcer une collaboration soutenue avec les patients et les praticiens dans la famille et la collectivité » (traduction tirée d'Aggarwal et Hutchison, 2012).

Étant donné leur appartenance au secteur clinique, les ergothérapeutes œuvrant en clinique externe de la main sont davantage susceptibles d'offrir leurs interventions auprès de leur clientèle sur une base curative (reflétant l'approche biomédicale) en deuxième ligne. Or, les ergothérapeutes peuvent inclure dans leur

pratique des activités de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Moyers, 1999). Ici, on s'intéresse à la prévention secondaire et celle-ci « comprend tous les actes visant à diminuer la durée des problèmes de santé et des incapacités auprès d'individus ou de groupes à risque, par un dépistage précoce et le traitement des premières atteintes » (Filiatrault et Richard, 2005). Donc, les ergothérapeutes pourraient jouer un rôle plus large du côté de la prévention, en intervenant non seulement de manière curative, mais également de manière préventive afin de diminuer le risque de récurrence du SCC et ainsi élargir le spectre des interventions. Par ailleurs, les ergothérapeutes sont interpellés à jouer un rôle d'éducateur à la santé dans leur pratique et cela les incite à déployer des stratégies à caractère préventif auprès de leur clientèle (Filiatrault et Richard, 2005). De plus, Muir (2012) mentionne qu'en tant qu'ergothérapeutes, nous traitons les problèmes pour lesquels nos clients nous ont été référés, mais nous abordons également plusieurs autres questions en lien avec les difficultés vécues, et celles-ci se répercutent souvent par des changements dans leurs occupations.

#### **4.5. Suivi proposé**

La proposition du programme *Pour avoir tous les atouts en main* combine les fondements théoriques de l'habilitation aux occupations centrée sur le client, l'approche participative du client partenaire de soins et les résultats probants sur le SCC discutés précédemment. Ce programme orienté vers la collaboration, la nouveauté et l'expérience des patients vise principalement à offrir un cadre de pratique qui constitue une valeur ajoutée à la pratique actuelle. De plus, l'ajout d'un patient ressource amène un rôle de facilitateur ou d'accompagnement supplémentaire auprès des patients (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013).

Le programme vise à améliorer le contexte dans lequel se déroule le parcours de soins afin de parfaire notamment, chez les ergothérapeutes, leurs compétences professionnelles ainsi que leurs compétences en matière de collaboration et de communication afin de leur permettre d'offrir une expérience profitable aux personnes présentant un SCC. C'est pourquoi cette prise en charge propose une présentation

détaillée aux ergothérapeutes pour favoriser un rôle actif auprès de cette clientèle et ainsi favoriser l'autogestion. Coulter, Parsons et Askham (2008), définissent l'autogestion comme « les actions et mesures prises par les patients pour reconnaître, traiter et gérer leurs propres problèmes de santé indépendamment du système médical [et elle] est la forme la plus courante de soins de santé. En effet, la majorité des personnes traitent des maladies bénignes sans recourir à un professionnel de santé, et les patients atteints de maladies chroniques passent beaucoup plus de temps à s'occuper d'eux-mêmes qu'entre les mains de soignants habilités. Pourtant, les services de santé tendent à ignorer ce fait important. L'incapacité de reconnaître et de soutenir [l'autogestion] encourage la dépendance inutile aux professionnels de santé. Il en résulte une demande accrue de ressources onéreuses en termes de soins, ce qui risque de porter préjudice à la viabilité à long terme de bon nombre de systèmes de santé ». En dépit que le terme « auto » évoque « soi-même », l'autogestion doit relever d'un partenariat avec un professionnel de la santé et l'ergothérapeute s'inscrit parfaitement dans ce rôle. Par ailleurs, le Modèle canadien du processus de pratique (MCP) en ergothérapie implique que l'ergothérapeute et le client assument leurs responsabilités comme participants actifs et engagés afin de déterminer des solutions acceptables quant aux difficultés occupationnelles. Le client est donc considéré comme un expert quant à sa situation et ses occupations et cela contribue à l'atteinte des objectifs occupationnels (Davis, Craik et Polatajko, 2013).

Enfin, afin de tirer parti des forces de l'ergothérapeute, ce suivi implique une évaluation pragmatique et continue afin d'observer l'apparition de nouvelles difficultés occupationnelles ou de changements nécessitant des modifications dans l'orientation de la prise en charge, de déterminer si les stratégies d'habilitation en cours atteignent les objectifs établis et si le plan convenu est suivi (Craik, Davis et Polatajko, 2013). De plus, il est important d'intégrer les préférences du patient au jugement du professionnel dans les décisions thérapeutiques.

#### **4.5.1. Pour avoir tous les atouts en main (version préliminaire)**

À la lumière des connaissances émises jusqu'à maintenant sur le SCC et sur les interventions à préconiser, la combinaison de l'ergothérapie et l'approche participative du PPS sont utilisées pour créer une approche intégrée dans le traitement conservateur du SCC (voir l'Annexe D). Partant de l'idée qu'une personne est davantage portée à collaborer lorsqu'on leur donne des exercices et une routine à suivre, certains des exercices discutés précédemment sont incorporés au suivi (exercices de glissement de tendons et étirement des muscles lombicaux). De plus, les exercices suggérés pour traiter le SCC par Poirier, Drouin et Pedneault (2011) dans le livre *Les exercices qui vous soignent* ont été incorporés au suivi proposé afin d'obtenir la réaction des experts quant à leur place dans le traitement du SCC. Un document informatif est également incorporé au suivi proposé, mais celui-ci n'a pas été produit dans le présent projet compte tenu des contraintes de temps. Toutefois, celui envisagé serait une adaptation de la brochure pédagogique produite par l'Assurance Maladie en ligne (AMELI) en collaboration avec la HAS (AMELI, 2013).

#### **4.5.2. Résultats attendus du suivi**

En outre, ce suivi devrait favoriser, le cas échéant, la réduction des obstacles présents dans les occupations qui contribuent au maintien du SCC (gestes répétitifs, postures aggravantes, façons de faire, etc.) et ainsi améliorer la participation aux activités quotidiennes et des autres activités significatives. Par le fait même, l'amélioration de sa santé et son bien-être. De plus, il favoriserait l'observance au port de l'orthèse par l'accompagnement de l'ergothérapeute et l'autogestion des symptômes par l'apprentissage de stratégies que la personne peut effectuer par elle-même pour alléger les symptômes, voire les éliminer. En effet, informer les patients peut améliorer leurs connaissances et la compréhension de leur situation ainsi que leur réaction face aux symptômes. De plus, quand les patients prennent part au processus, l'adhésion aux traitements recommandés, leur sentiment d'efficacité ainsi que le niveau de symptômes peuvent être améliorés (Coulter, Parsons et Askham, 2008). Ainsi, l'efficacité des interventions en ergothérapie pour le SCC serait vraisemblablement renforcée. Par ailleurs, le résultat ultime serait que la personne

fasse preuve d'indépendance dans l'autogestion de ces symptômes à la fin du suivi proposé. Également, le suivi permettrait une collaboration accrue entre les médecins et les ergothérapeutes. Ainsi, le mécanisme d'accès aux soins et services de santé pour cette clientèle serait possiblement favorisé. D'autre part, la bonification de la prise en charge actuelle de la clientèle atteinte d'un SCC permettrait probablement d'augmenter la satisfaction et la participation du patient dans son parcours de soins. Par ailleurs, la combinaison des forces de diverses disciplines et des patients permettrait d'obtenir un maximum de retombées puisqu'une équipe interdisciplinaire composée d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialiste et d'un ergothérapeute serait bien positionnée en termes de diversité d'expertise et de synergie afin de prendre en charge la clientèle présentant un SCC, tout en offrant des soins de qualité dans les temps opportuns. Enfin, les initiatives proposées pourraient encourager l'interaction entre les patients et les professionnels de la santé ou, du moins, contribuer à accroître les possibilités de participation des patients.

Cela dit, dans une perspective d'évaluation de programme, les indicateurs suivants pourraient être utilisés pour mesurer l'efficacité du suivi proposé : questionnaire BCTQ (amélioration des symptômes), questionnaire maison de satisfaction (satisfaction du parcours de soins), nombre de jours indemnisés (absentéisme et baisse de productivité au travail), nombre de jours pour subir la chirurgie (délai d'attente pour les patients nécessitant la chirurgie) et nombre de recours à la chirurgie suite au traitement conservateur (taux de réussite du suivi proposé). Il convient aussi de séparer la notion d'échec du suivi proposé en deux catégories, soit celle où la personne n'a présenté aucune réponse au suivi, et celle où l'amélioration a existé de façon transitoire.

## **5. MÉTHODE**

L'objectif de ce projet est de valider le contenu et la faisabilité du suivi proposé auprès d'experts impliqués auprès de la clientèle choisie et particulièrement, faire ressortir les pistes d'amélioration afin d'en améliorer le contenu. La section suivante présente donc le devis de recherche, la méthode d'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode de collecte de données, l'analyse de données, les critères de rigueur scientifique utilisés pour atteindre l'objectif de l'étude.

### **5.1. Devis**

Afin de répondre à la question de recherche, l'utilisation d'un devis méthodologique mixte a été retenue. Ce type de devis de recherche repose sur une approche pragmatique dans laquelle des données qualitatives sont jumelées à des données quantitatives afin d'enrichir la méthodologie, et éventuellement, les résultats de recherche (Karsenti et Savoie-Zacj, 2000). Plus explicitement, il s'agira ici d'une étude de validation de contenu et de faisabilité qui procède à partir d'un questionnaire basé sur une échelle de Likert et de commentaires qualitatifs émis par les participants. En effet, une consultation d'experts a été envisagée pour venir supporter et compléter les résultats probants recueillis. Ainsi, la méthode sélectionnée est en adéquation avec l'objectif du présent projet qui consiste à valider la proposition d'un suivi pour les personnes présentant un SCC et par le fait même, recueillir la perspective des experts cliniciens sondés sur les défis de la pratique auprès de cette clientèle.

### **5.2. Participants**

En recherche qualitative, le recrutement des participants peut se faire sur la base d'un échantillonnage délibéré ou intentionnel de façon à circonscrire les personnes les plus susceptibles de fournir des données riches en information par rapport au problème étudié (Patton, 2002). Ainsi, pour ce projet, le choix d'un échantillonnage non probabiliste, dit échantillonnage de convenance, a été retenu dans le but d'obtenir un échantillon qui représente bien la clientèle à l'étude (Fortin, 2010). Pour ce faire, des experts impliqués auprès de la problématique choisie ont



été ciblés à partir d'un réseau de connaissances. Ensuite, la sélection des participants a été réalisée sur une base volontaire. Pour ce faire, un premier contact téléphonique a été effectué auprès des professionnels ciblés. À l'obtention du consentement de ces derniers, un courriel les invitant à participer à l'étude a été envoyé. Le recrutement de dix participants a été réalisé en raison de la nature de l'étude qui consiste à un projet d'intégration de niveau maîtrise et de la limite de temps pour effectuer la collecte de données.

### **5.3. Collecte des données**

Afin de répondre à la question de recherche, un questionnaire maison a été construit à partir du suivi proposé, celui-ci élaboré à partir de la recension des écrits. Les questions ont donc été élaborées en parallèle avec le contenu de ce dernier. Le questionnaire proposé aux experts est divisé en trois sections. La première partie comprend trois questions d'ordre sociodémographique (la profession exercée, le milieu de pratique et le nombre d'années d'expérience). La seconde partie comprend 16 questions pour lesquelles le participant doit donner une appréciation étalée sur une échelle de Likert à 7 niveaux dont les réponses peuvent exprimer que le participant se dit peu d'accord (1) jusqu'à très d'accord (7) avec l'énoncé. Celle-ci a été choisie puisque les échelles les plus optimales sont de six ou sept points (Green et Rao, 1970). De plus, le participant peut ajouter un commentaire, si nécessaire, pour compléter son appréciation ou proposer des pistes d'amélioration. Ces derniers permettent d'obtenir des données qualitatives utiles à la conception du suivi. La troisième partie du questionnaire comprend quatre questions ouvertes où le participant peut exprimer son opinion personnelle. Celles-ci permettent d'obtenir d'autres données qualitatives pouvant être analysées.

Afin de s'assurer de la validité de contenu du questionnaire, un essai pilote a été fait avec une participante travaillant dans une clinique externe en ergothérapie et pour qui le SCC fait partie des diagnostics qu'elle retrouve dans sa pratique. Cet essai pilote a également été réalisé dans le but de vérifier si d'autres éléments devaient être ajoutés ou si des modifications devaient être apportées. Puisque le

questionnaire s'est avéré valide, les données obtenues dans cet essai pilote ont été conservées aux fins de l'étude. Le questionnaire est présenté à l'Annexe G.

#### **5.4. Analyse des données**

Les données descriptives issues des informations sociodémographiques ont été réparties dans un tableau (voir Tableau 4). Les données quantitatives tirées des appréciations obtenues sur l'échelle de Likert ont aussi été regroupées dans un tableau et un score a été calculé avec les cotes fournies par les participants. Afin de fournir une vue d'ensemble des données, les résultats sont présentés à l'Annexe A ainsi qu'à l'Annexe B.

Pour leur part, les données qualitatives recueillies ont été utilisées à des fins de comparaison entre les participants. Afin de dégager les idées importantes, l'analyse qualitative des données a été faite conformément à une approche d'analyse de contenu (Landry, 1997). Tout d'abord, le verbatim de chacun des questionnaires a été retranscrit sous forme de tableaux. Par la suite, l'analyse a été effectuée en deux temps. Dans un premier temps, à l'étape de l'analyse simple, les données de chaque participant ont été analysées séparément par la lecture des verbatim et un codage manuel des données recueillies a été fait. Puis, une analyse de contenu a été réalisée afin de dégager les thèmes émergents et les tendances. Dans un second temps, les données des différents participants ont été comparées afin de faire ressortir les convergences (Fortin, 2010). Afin de fournir une vue d'ensemble des données, les résultats sont présentés sous forme d'un tableau à l'Annexe C.

#### **5.5. Considérations éthiques**

Sur le plan éthique, étant donné que l'échantillon se compose de professionnels sollicités pour leur opinion d'expert, le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) n'a pas jugé nécessaire d'obtenir un certificat d'éthique.

## **6. RÉSULTATS**

Cette section présente les résultats obtenus auprès des experts. Elle est divisée en quatre volets : les caractéristiques des experts ayant fait parvenir leur questionnaire complété, les résultats concernant l'appréciation du contenu et de la faisabilité du suivi proposé, et finalement la dernière section recense les commentaires des experts en lien avec les énoncés du questionnaire. S'en suivent les rétroactions vis-à-vis les commentaires émis et la réponse à la question de recherche.

### **6.1. Description des participants**

Au final, dix experts ont contribué à l'évaluation de la validité de contenu et de la faisabilité de la version préliminaire du suivi proposé. Parmi ceux-ci, on retrouve huit ergothérapeutes et deux médecins spécialistes. Ils proviennent de milieux hospitaliers, de cliniques externes d'ergothérapie ou de cliniques privées et 80 % d'entre eux pratiquent dans le système public de santé. Et puis, ils possèdent en moyenne 14,6 années d'expérience au moment de la consultation (voir Tableau 5).

**Tableau 5**  
***Caractéristiques des participants***

Caractéristiques de l'échantillon	Nombre de participants (n=10)	Pourcentage
<b>Profession</b>		
<i>Ergothérapeutes</i>	8	80%
<i>Médecins spécialistes</i>	2	20%
<b>Milieu de pratique</b>		
<i>Public</i>	8	80%
<i>Privé</i>	2	20%
<b>Années d'expérience</b>		
<i>Moins de 5 années</i>	3	30%
<i>Entre 6 et 15 années</i>	2	20%
<i>Plus de 15 années</i>	5	50%
<b>Années d'expérience</b>		
Minimum	3	
Maximum	33	
Médiane	15,5	
Moyenne	14,6	
Écart-type	9,81	

## **6.2. Appréciation du contenu et de la faisabilité du suivi proposé**

De façon à apprécier les cotes attribuées par les experts en fonction de la clarté et de l'acceptabilité de chacune des séances du suivi proposé, les cotes obtenues pour chaque question ont été additionnées pour obtenir un score, ainsi un score sur 63 a été calculé, puis converti en pourcentage de la façon suivante :  $(X-9) / (63-9) \times 100$ . Le score est porté sur 63 (nombre de participants multiplié par la cote maximale) puisqu'un des participants n'a fourni que trois réponses au questionnaire, alors il a été éliminé. Par contre, les commentaires qualitatifs qu'il a émis ont été préservés pour l'analyse de contenu. Ainsi, les six séances ont respectivement obtenu entre 81% et 95% pour la clarté de la séance et entre 76% et 95% pour l'appréciation du contenu de la séance (voir l'Annexe A). La rencontre avec le patient ressource et les séances 2 et 3 ont reçu les plus faibles appréciations et les modifications au contenu du suivi proposé seront alors principalement apportées à celles-ci.

Ensuite, le suivi proposé obtient 80% pour l'appréciation globale, 78% pour l'utilité clinique, 78% pour la commodité et 61% pour la faisabilité (voir l'Annexe B). La faible appréciation pour la faisabilité du suivi proposé peut s'expliquer par les obstacles cliniques présents dans la pratique tels que les réalités cliniques associées à la priorisation de la clientèle et les listes d'attentes le nombre de séances du suivi proposé. En effet, les commentaires suivants apportent cette explication : *« Les obstacles cliniques sont de l'ordre de la priorisation de la clientèle surtout pour les ergothérapeutes travaillant en centre hospitalier. » ; « [...] avec la réalité clinique des listes d'attentes et des priorités, je ne suis pas certaine qu'il est réaliste de bloquer 6 plages horaires par patient [...] » ; « Le suivi proposé est trop chargé pour mes disponibilités. »* Dans cette perspective, le nombre de séances sera alors réduit afin de répondre davantage au contexte de la pratique et de rendre la charge du suivi proposé plus acceptable. D'autre part, le suivi proposé leur paraît intéressant et certains participants expriment d'ailleurs qu'ils sont prêts à l'intégrer dans leur pratique : *« En étant assuré que la personne atteinte soit reçue dans un court délai, je suis prêt à mettre en place ce suivi dans ma pratique. » ; « On pourrait en faire l'essai marketing avec les physiatres qui sont juste à côté! »*

### 6.3. Principaux thèmes émergents

Les réponses obtenues aux différentes questions ont généré un nombre important de verbatim. L'analyse de contenu a permis de mettre en lumière les thèmes suivants : 1) l'appréciation de l'approche participative du patient partenaire de soins, 2) l'arrimage entre la rencontre avec le patient ressource et le contexte de pratique, 3) le nombre de séances, 4) le suivi téléphonique, 5) les orthèses en vente libre, 6) les exercices suggérés, 7) l'utilisation d'un journal de bord, et 8) les considérations cliniques et suggestions s'y rapportant (voir l'Annexe C).

Dans un premier temps, l'ensemble des participants (n=8) a apprécié l'approche participative du patient partenaire de soins. Les verbatim suivants illustrent le thème : *« L'approche participative du patient partenaire m'apparaît excellente puisqu'elle aide à l'adhérence du patient dans ses traitements et son auto-prise en*

*charge. »; « L'approche participative du patient partenaire aide sans aucun doute à demeurer centré sur le client et à maximiser l'observance au traitement par le patient. »; « L'approche participative permet au patient de prendre le contrôle de sa guérison. »; « Très d'accord avec l'approche participative du patient partenaire pour responsabiliser le patient et lui donner le contrôle sur les facteurs aggravants sa condition. »; « J'utilise l'approche participative du patient partenaire à 100% de mon temps avec tous mes clients, donc je suis très d'accord. »; « L'approche participative du patient partenaire est une excellente idée qui devrait motiver la personne atteinte à atteindre ses objectifs. »; « L'approche participative du patient partenaire c'est la base de la réussite. »; « Très pertinent, approche gagnante. L'auto-prise en charge du patient favorise le pronostic de récupération et la diminution du risque de récurrence. »*

Dans un second temps, l'opinion des participants est partagée à ce qui a trait à l'arrimage entre la rencontre avec le patient ressource et leur contexte de pratique. Ainsi, trois experts ont une opinion défavorable, quatre autres sont en faveur et les trois autres experts ont une opinion neutre ou mitigée. Les verbatim suivants illustrent les défis rattachés à l'idée d'inclure une telle rencontre dans le programme : *« Une rencontre avec un patient ressource peut être pertinente, mais plus difficile à obtenir surtout lorsque les patients sont sur le marché du travail. »; « Je pense que le recrutement du patient ressource pourrait être un défi. »; « Je ne suis pas certaine qu'une rencontre avec un patient ressource est une idée qui aidera. »; « Une rencontre avec un patient ressource peut être très bénéfique, mais elle peut également dérailler si elle n'est pas bien encadrée. »; « Une rencontre avec un patient ressource est une excellente idée, pourvu que le patient ressource soit un bon communicateur capable de bien s'exprimer. ».*

Dans un troisième temps, certains participants (n=4) ont abordé le nombre de séances. Voici quelques verbatim qui illustrent la réduction du nombre de séances : *« Le programme est très intéressant. Toutefois, avec la réalité clinique des listes d'attentes et des priorités, je ne suis pas certaine qu'il est réaliste de bloquer 6 plages horaires par patient pour des patients qui présentent une condition non urgente*

*quoique très importante et pouvant entraîner des difficultés fonctionnelles incapacitantes. De plus, je ne suis pas certaine que cliniquement tous les patients auraient besoin de 6 rencontres.»; « Ne serait-il pas pertinent de jumeler la séance 4 avec la séance 3? Le contenu de la séance 4 est pertinent, mais il pourrait être intégré à celui de la séance 3 pour alléger le suivi..»; « Réduire le nombre de visites. »*

Dans un quatrième temps, deux participants ont apporté l'idée d'avoir recours au suivi téléphonique. Les verbatim suivants illustrent l'idée : *«Question logistique et gestion des priorités, compte tenu des nombreux patients à voir, cette rencontre pourrait être à mon avis optionnelle ou même téléphonique afin de contrôler l'adhérence au traitement et aux changements suggérés lors de la dernière rencontre. »; « Pourquoi ne pas faire un suivi téléphonique? »*

Dans un cinquième temps, quatre participants ont traité des orthèses en vente libre. Les verbatim suivants illustrent les critiques : *« SVP traiter de la problématique d'observance au port de l'orthèse : plusieurs patients se sont déjà vus recommandés le port d'orthèse de pharmacie par leur médecin. Or, ces orthèses ne sont pas individualisées ni conçues pour traiter la problématique spécifique du SCC n'apportant souvent ainsi que peu de bénéfices sur le soulagement des symptômes. Comme les patients ont déjà porté des orthèses, ils sont peu réceptifs lorsqu'on leur explique que les orthèses moulées individuellement et spécifiques pour le SCC pourraient les soulager. Alors, ils veulent souvent aller directement à la chirurgie. »; « Orthèses moulées sur mesure à 0° au niveau des articulations métacarpophalangiennes et du poignet, car aucune orthèse préfabriquée n'est acceptable! »*

Dans un sixième temps, certains participants (n=5) ont abordé les exercices suggérés. Les verbatim suivants illustrent leur appréciation : *«Je n'avais pas l'habitude de donner au patient des exercices d'étirement des structures tendineuses qui glissent dans le canal carpien. Il n'y en a pas été question également lors de la rencontre en mai dernier avec la majorité des médecins spécialistes rencontrant cette*

*clientèle ainsi que certains ergothérapeutes. »; « Je suis d'avis que l'application d'exercices peut être trop tôt, il faudrait vérifier l'effet des orthèses de repos et des postures antalgiques. »; « Ce ne serait pas mieux des exercices de renforcement isométrique? »; « Attention, certains exercices recommandés font partie des contre-indications qui augmentent la pression au niveau du nerf médian. Cela peut être mêlant et aggravant pour certains quand cela contredit les enseignements des postures à risque. »; « Concernant les exercices suggérés, je préconiserais le réentraînement à l'effort sous forme isométrique afin d'optimiser la protection articulaire. Avez-vous pensé aux exercices de glissement neural? »*

Dans un septième temps, quelques participants (n=4) ont commenté l'utilisation d'un journal de bord. Les verbatim suivants illustrent leur appréciation : *« Il faut que le journal de bord soit simple, car souvent des hommes travailleurs. »; « Par expérience, les journaux de bord sont peu complétés. Le journal de bord est une bonne idée, mais difficile de faire adhérer le client et qu'il soit assidu. »; « L'utilisation d'un journal de bord est un élément nouveau. »; « L'intégration d'un journal de bord est une très bonne idée. »*

Dans un huitième temps, la majorité des participants (n=9) ont partagé des considérations cliniques ou des suggestions quant au contenu du suivi. Les verbatim suivants illustrent les différentes suggestions ou expériences cliniques rapportées : *« Je suis d'avis qu'il faut davantage préciser dans quel contexte s'applique le diagnostic du SCC (par exemple, s'agit-il d'une lésion qui est survenue post-traumatique ou suite à des facteurs de risque?). Une fois le contexte précisé, il est alors plus facile de déterminer l'information à transmettre et d'orienter les séances d'intervention. Je ne crois pas à une recette type pour toute personne présentant un tel diagnostic. »; « Attention lorsque tu cibles, il faut avoir qu'un ou maximum deux items à travailler, car ils ne seront pas faits. »; « Le suivi proposé sera efficace sur une clientèle avec atteinte légère ou récente, ce qui arrive peu souvent à la clinique. Généralement, les symptômes sont présents depuis plus d'un an. »; « Il faut considérer la place à l'autodiagnostic et le traitement par les orthèses achetées en*



*vente libre*. ». Certaines de ses considérations cliniques seront discutées plus tard ou seront considérées dans les modifications qui seront apportées en vue d'améliorer le suivi proposé.

#### **6.4. Considérations retenues pour le suivi**

Tout d'abord, le nombre de séances a été diminué et le contenu des séances a été réaménagé compte tenu des réponses recueillies et l'idée d'utiliser une forme de suivi par téléphone. Ainsi, le nombre de séances est passé de six rencontres avec le client à deux rencontres accompagnées d'un suivi téléphonique. De plus, la rencontre avec le patient ressource a été retirée du programme en raison des difficultés qui s'y rattachent. De surcroît, initialement, cette rencontre a été intégrée dans le but de bien répondre à la description de l'approche participative du patient partenaire de soins. Toutefois, l'élimination de cette composante du suivi n'affecte pas l'idée centrale de l'approche qui est d'augmenter la participation du patient dans son parcours de soins. Ensuite, les exercices suggérés ont été modifiés en fonction des commentaires recueillis. Les participants ont fait émerger des recommandations quant à des exercices de glissement du nerf médian et des exercices de renforcements de type isométrique. Ceux-ci ont remplacé les exercices proposés par Poirier, Drouin et Pedneault (2011) dans le livre *Les exercices qui vous soignent*. De plus, le journal de bord est maintenant optionnel suite aux commentaires reçus. Pour terminer, les éléments suivants n'ont pas subi de changement : la durée du suivi (12 semaines), les modalités d'évaluation, la participation active du patient et l'encadrement offert par l'ergothérapeute.

#### **6.5. Points de divergence entre les experts**

En premier lieu, trois participants ont mentionné l'idée de réduire le délai du suivi à 8 semaines. Les verbatim suivants expriment leurs commentaires. « *Je crois que 3 mois c'est long si le traitement conservateur ne fonctionne pas. Je raccourcirais à maximum à 6 à 8 semaines.* »; « *Globalement, je trouve qu'une période de 12 semaines peut être un peu longue pour l'appréciation de l'évolution. Si après 8 semaines, s'il n'y a pas de changements appréciables [...], il vaut mieux référer.* »;

« Dans un souci d'offrir des services plus efficaces et pour faciliter l'accès des patients à l'évaluation en ergothérapie, la rencontre 5 pourrait être éliminée gardant le suivi sur 8 semaines seulement. ». Par contre, deux autres participants mentionnent que le suivi est court selon eux : « Le programme est court selon moi. » et « Je l'essayerais au moins 3 mois. ». À cet égard, les écrits scientifiques sont d'avis qu'un délai de 12 semaines pour apprécier l'effet du suivi est adéquat. (HAS, 2012) et les meilleurs résultats sont obtenus dans les trois premiers mois (Shi et MacDermid, 2010). De plus, pour certaines personnes par exemple, l'effet de l'orthèse peut se faire ressentir après un plus long délai. Ainsi, réduire le délai à 8 semaines ferait en sorte que certains patients ne profiteraient pas pleinement du suivi proposé. Également, si l'orthèse s'avère efficace pour soulager les symptômes, le port de l'orthèse peut être prolongé au-delà de 12 semaines. En effet, s'il y a des preuves de l'amélioration des symptômes, un traitement conservateur peut être poursuivi et cela est susceptible d'améliorer le rapport coût-efficacité et de réduire les temps d'attente pour les services spécialisés de la main (Povlsen et coll., 2014). Toutefois, si les symptômes persistent ou s'aggravent, les patients doivent alors être orientés vers des spécialistes en chirurgie de la main pour une consultation.

En second lieu, tel que présenté précédemment, deux participants ont mentionné que les orthèses en vente libre sont inadéquates et inefficaces pour traiter le SCC. Toutefois, un participant suggère : « Afin de respecter les moyens financiers du patient s'il est vu au privé, il serait bon de suggérer un type d'orthèse adéquate que l'on retrouve en magasin à moindre coût. » En tant qu'ergothérapeute, je suis d'avis qu'il faut plaider contre la prescription d'achat d'orthèse en vente libre pour le traitement conservateur du SCC. De plus, défendre cette idée permettra de mettre de l'avant les services en ergothérapie pour cette clientèle et d'éviter les préjudices pour les personnes atteintes, par exemple, engendrer une dépense inutile et entretenir les symptômes puisqu'elles ne sont pas adaptées à leur condition. Toutefois, les orthèses en vente libre peuvent être efficaces pour d'autres pathologies.

## **6.6. Autres considérations formulées par les experts**

Plusieurs participants (n=7) ont mentionné dans leurs commentaires le fait que la formulation de certains des énoncés n'était pas claire ou qu'ils auraient aimé pouvoir se référer à des exemples pour mieux comprendre certains énoncés, ce qui a confirmé la nécessité d'inclure des précisions supplémentaires et des ajustements ont donc été faits en ce sens. Également, un participant a soulevé les patients qui consultent directement un médecin spécialiste suite à l'auto-diagnostic de leurs symptômes. Cette stratégie n'a pas sa place et est génératrice de dépenses. L'omnipraticien doit être, en principe, le premier acteur en santé à consulter lorsque les symptômes d'une maladie se déclarent les symptômes. Bien entendu, il est facile d'aller sur Internet et d'utiliser un moteur de recherche pour s'informer sur les symptômes que l'on ressent et d'obtenir une panoplie d'information, et même des mesures objectives pour présupposer l'atteinte que l'on présente. Toutefois, les patients n'ont pas le même bagage de connaissances que les professionnels de la santé et tous ne sont pas égaux face aux connaissances scientifiques et à leur interprétation, alors il est facile pour eux d'interpréter à tort leurs symptômes. De plus, comme il a été mentionné précédemment, les tests de provocation peuvent s'avérer positifs sans toutefois incriminer à raison un SCC.

## **7. DISCUSSION**

Cette section présente la concordance entre les données tirées des écrits scientifiques et celles obtenues des experts en termes de points de convergence et de divergence, la portée du projet, la pertinence du projet et les forces et limites de l'essai.

### **7.1. Concordance entre les résultats tirés des écrits scientifiques et ceux obtenus des experts.**

Les résultats obtenus sont en congruence avec les recommandations actuelles véhiculées dans les résultats probants qui favorisent l'utilisation d'une approche centrée sur le client en raison des nombreux impacts positifs de cette pratique. Également, elles soulèvent une appréciation du suivi proposé, celui-ci reposant sur les écrits scientifiques.

Il est à noter que l'ensemble des participants s'est exprimé en faveur de l'approche participative du patient partenaire de soins. Dans cette perspective, les stratégies visant à soutenir l'information donnée aux patients et la participation de ceux-ci devraient constituer l'une des pierres angulaires de l'approche utilisée avec eux (Coulter, Parsons et Askham, 2008). Ces mêmes auteurs rapportent d'ailleurs qu'il a été maintes fois prouvé que la participation du patient peut améliorer son niveau de satisfaction et peut s'avérer également efficace sur le plan clinique et économique. Enfin, il est aussi mentionné que l'encadrement et l'accompagnement individualisé ainsi que le recours au discours incitatif (centré sur l'intention de faire agir) contribuent à la responsabilisation des patients afin que ces derniers puissent jouer un rôle plus actif. De plus, ces stratégies améliorent les connaissances et le rappel des informations. Donc, les patients se sentent plus engagés et plus aptes à prendre en charge leurs propres soins.

Ensuite, un participant a soulevé que l'approche utilisée dans les cliniques de la main a une dominante biomédicale, soit curative, et que le suivi proposé s'inscrit dans l'ordre du préventif. Bien entendu, elle est spécialisée en fonction des besoins

de cette clientèle, soit retrouver l'usage fonctionnel de la main (Hunter, Mackin et Callahan, 2002). Mais, il est important de savoir combiner l'approche biomédicale et l'approche holistique préconisée par les ergothérapeutes. Par conséquent, le suivi proposé harmonise l'approche holistique, préventive et curative et reflète le rôle que devraient jouer les ergothérapeutes dans les soins de santé primaires. Par exemple, Muir (2012) évoque que l'ergothérapie pourrait être fondamentale pour la réduction de la fragmentation des soins de santé et qu'un ergothérapeute en soins de santé primaire peut entre autres : 1) Aider le médecin à l'aide d'une intervention précoce pour prévenir la maladie ou d'un handicap, pour réduire l'impact de l'évolution de la maladie et pour promouvoir l'adhésion au traitement; 2) Offrir des services qui étendent la spécialité des médecins, des infirmières praticiennes et des auxiliaires médicaux pour fournir des soins holistiques mettant l'accent sur comment les symptômes actuels affectent le fonctionnement et la participation dans les occupations de la personne; 3) Offrir des interventions simples qui peuvent être faites à la maison ou avec supervision intermittente avant la référence vers des interventions de plus grande ampleur et cela diminuerait les dépenses de soins de santé, 4) Permettre ou améliorer la participation dans les occupations via la modification de l'activité, les aides techniques ou diverses techniques; et 4) Offrir des interventions de groupe ou des séances d'intervention pour résoudre les problèmes qui prévalent au sein de la population desservie. Ainsi donc, nous avons l'opportunité d'étendre le rôle qui nous est traditionnellement attribué.

En terminant, les évidences scientifiques que l'on retrouve dans les écrits offrent différentes méthodes d'intervention, mais les ergothérapeutes doivent choisir lesquelles seront les plus appropriées à la lumière des circonstances et des besoins spécifiques de chaque patient (Kaskutas et Snodgrass, 2009).

## **7.2. Pour avoir tous les atouts en main (version finale)**

Le suivi proposé comprenait initialement un partage de l'information de base sur la physiopathologie du SCC, une participation active du patient, des conseils sur l'abandon des postures contraignantes et des stratégies de contrôle des symptômes. Suite à l'analyse de contenu, il comprend maintenant un suivi téléphonique et, au besoin, une relance en post-réadaptation. Également, le nombre de séances a été diminué, des précisions ont été ajoutées et des changements importants ont été apportés à ce qui a trait au programme d'exercices (voir l'Annexe F).

Malgré que le suivi proposé se veuille un plan d'action pour gérer précocement le SCC, la nature des interventions et le retour aux activités peut varier selon les individus, les stades du SCC, la réponse au traitement ou les comorbidités. En général, plus la durée au cours de laquelle les symptômes sont présents avant le traitement, plus la guérison sera longue. Également, la réussite du programme dépend de la présence du volet autogestion. Ce volet vise à améliorer les connaissances et les habiletés nécessaires pour l'observance au suivi proposé et à guider les changements liés aux habitudes de vie (modifications des activités) afin de permettre au patient de contrôler son SCC et d'améliorer son bien-être. Ce volet doit viser non seulement l'acquisition de connaissances, mais aussi des changements de comportements. Il nécessite un coaching, de l'encouragement et un suivi individualisé pour s'assurer que le patient prenne confiance en lui et qu'il devienne l'expert de sa situation. Non seulement de tels types d'intervention reflètent la richesse du travail de l'ergothérapeute centré sur le client, mais aussi les interventions éducatives doivent faire partie intégrante des responsabilités professionnelles (World Health Organization Regional Office of Europe, 1998). Les interventions éducatives sont appropriées en prévention secondaire, car elles visent le changement de comportement lorsque les facteurs de risques associés sont déjà présents (Filiatrault et Richard, 2005). Par ailleurs, le rôle d'éducateur à la santé est en lien direct avec le rôle d'agent de changement (aider la personne à mettre en place des stratégies pour prendre sa situation en main). Ainsi, éduquer le patient est plus que l'informer, c'est de l'encourager aussi à mettre des changements en place.

Enfin, la perspective d'habilitation aux occupations ne s'étend pas seulement aux orthèses et c'est pourquoi nous devons travailler avec les personnes afin de diminuer l'impact de leur état de santé sur leurs occupations. Quoi qu'il en soit, la chirurgie pourrait être nécessaire pour soulager les symptômes si elles ne répondent pas au traitement, mais il ne faut pas se précipiter vers la chirurgie s'il n'y a pas de signes d'aggravation. Bien souvent, les patients ne sont pas tout à fait conscients des possibilités de traitements conservateurs et des bénéfices qu'ils peuvent avoir, en comparaison avec la chirurgie.

### **7.3. Portée du projet**

Le présent projet s'est attardé à la clientèle souffrant d'un SCC. Il a ainsi été possible de recenser différentes approches et de les incorporer dans un seul suivi. Développée à partir de la prémisse selon laquelle la personne a un pouvoir d'action sur les difficultés qu'elle éprouve, *Pour avoir tous les atouts en main* se distingue des autres traitements conservateurs proposés pour cette atteinte jusqu'à maintenant. De plus, il est cohérent avec les écrits scientifiques portant sur le SCC et est congruent avec les bases théoriques des modèles sur lesquelles il s'appuie. Par ailleurs, s'inscrivant dans une approche préventive, le suivi proposé cherche à identifier les facteurs favorisants et par extension, tente de les gérer. Ce faisant, il contribue à éviter l'aggravation des symptômes. Par conséquent, le fait que le suivi proposé considère l'impact de la personne dans la prise en charge de sa situation est novateur, puisque cet aspect n'est traditionnellement pas considéré dans les approches préventives médicales.

Ensuite, il est possible de croire que l'apport du suivi proposé en ergothérapie est une avenue intéressante dans la prise en charge du SCC. En effet, l'ergothérapeute se penche sur l'ensemble des activités quotidiennes, outille la personne et la considère comme un agent de changement capable de se mobiliser et d'agir (ACE, 1997). Donc, il est possible de croire que l'ergothérapie peut apporter plus de bienfaits dans la prise en charge du SCC si elle est utilisée à son plein potentiel.

#### **7.4. Pertinence du projet**

*A priori*, le suivi proposé a été développé pour pallier les problèmes d'accès aux services d'ergothérapie pour la clientèle souffrant d'un SCC. Ainsi, élaborée à partir des écrits scientifiques, de consultations d'experts et d'expériences cliniques, *Pour avoir tous les atouts en main* se veut un outil de travail qui soutient les ergothérapeutes dans l'évaluation et l'intervention relatives au SCC, tout en rendant accessibles les connaissances scientifiques disponibles en matière de traitement conservateur en ergothérapie. Notamment, le fait d'avoir ciblé des ergothérapeutes et des médecins spécialistes à titre d'experts pour évaluer la validité de contenu et la faisabilité du suivi proposé assure que l'outil soit pratique et représentatif de la clientèle rencontrée en clinique par ces professionnels.

*A posteriori*, la méthode utilisée dans le cadre de ce projet a permis de recueillir auprès des experts consultés des commentaires pertinents qui ont contribué à bonifier le suivi en plus de fournir des données quantitatives (moyennes). Le calcul des moyennes a permis d'évaluer chaque séance de façon indépendante, mais également certaines caractéristiques du suivi telles que l'utilité clinique, l'aspect pratique et l'applicabilité du suivi proposé. Les résultats obtenus montrent que l'évaluation de la validité de contenu et la faisabilité du suivi proposé sont non seulement supportées par des moyennes élevées, mais aussi par les commentaires favorables des experts. Effectivement, les commentaires recueillis font ressortir que les experts consultés dans le cadre de cet essai acceptent le suivi proposé et le considèrent comme étant d'un intérêt clinique. Par exemple, certains experts ont mentionné vouloir l'expérimenter.

#### **7.5. Forces et limites de l'essai**

La présente étude présente certaines forces méritant d'être soulevées. Tout d'abord, elle fait valoir le travail de l'ergothérapeute en lien avec le SCC. Malgré la taille de l'échantillon, les experts font preuve d'ouverture, ce qui soutient la nouveauté apportée par le suivi de la présente étude. De plus, le suivi proposé offre une réflexion sur les solutions possibles et attirer l'attention sur la participation active du



patient dans son parcours de soins. Certaines limites sont également présentes, à commencer par le fait que la saturation des données n'a pas été atteinte limitant ainsi le caractère généralisable des résultats. Néanmoins, l'étude ne s'est pas limitée à la région de la Mauricie. En effet, les experts proviennent également d'autres régions : l'Estrie, Lanaudière, Montréal et Québec. Par conséquent, un nombre plus élevé de participants aurait pu étayer les opinions partagées ou faire émerger d'autres idées. Cependant, la nature d'un projet d'intégration de niveau maîtrise restreignait le nombre de participants. Enfin, l'étude est majoritairement composée d'experts pratiquant dans le système public de santé, il est donc possible que les résultats obtenus soient teintés par certaines particularités du milieu.

## **8. CONCLUSION**

Le présent projet offre une vue d'ensemble sur ce qu'il est possible de faire en ergothérapie en fonction des écrits scientifiques présentement disponibles et de l'opinion des experts. En effet, les écrits recensés et les opinions d'experts recueillis ont permis de concevoir une façon dont les ergothérapeutes peuvent intervenir auprès de personnes atteintes du SCC et ce, en tenant compte des contextes cliniques. Le suivi propose alors une réponse aux besoins des personnes souffrant d'un SCC en prenant en considération de manière holistique les problématiques vécues par ces personnes autant au niveau de l'environnement, des occupations et de la personne.

En plus de faire valoir le rôle accru que l'ergothérapeute peut jouer auprès de cette clientèle, cet essai visait à mettre de l'avant le besoin qu'ont les personnes atteintes d'un SCC de trouver des professionnels qui connaissent leur condition, qui savent comment intervenir et qui peuvent les aider à obtenir les services auxquels ils ont droit. En effet, l'ergothérapeute possède les connaissances nécessaires et un éventail indispensable de compétences pour la prise en charge de personnes atteintes du SCC. D'ailleurs, l'accompagnement de l'ergothérapeute est un atout pour la prise en charge compétente d'une telle clientèle.

L'originalité de ce projet est d'avoir situé le SCC dans un contexte d'habilitation aux occupations et d'offrir une étude clé en main pour poursuivre ce dernier. De surcroît, de par les difficultés d'accessibilité aux services d'ergothérapie vécues par les personnes atteintes du SCC, il est important de plaider pour leur prise en charge. Il serait ainsi pertinent de poursuivre les étapes de validation du suivi proposé, à commencer par procéder à un projet pilote afin de déterminer si le suivi proposé se déploie tel que prévu et ensuite d'en déterminer l'efficacité. Une validation de l'implantation du suivi proposé serait donc une avenue intéressante afin de justifier davantage l'apport de la pratique de l'ergothérapie auprès de cette clientèle.

## RÉFÉRENCES

- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. (1997). *Stratégie des examens paracliniques et des indications thérapeutiques dans le syndrome du canal carpien*. Repéré à [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/canal\\_carpien\\_anaes\\_97.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/canal_carpien_anaes_97.pdf)
- Aggarwal, M. & Hutchison, B. (2012). Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada. Repéré à <http://www.fcass-cfhi.ca/Libraries/Reports/Primary-Care-Strategy-FR.sflb.ashx>
- Ahn, DS. (2001). Hand elevation: a new test for carpal tunnel syndrome. *Annals of Plastic Surgery*, 46(2), 120-124. PMID: 11216604
- Akalin, E., El, O., Peker, O., Senocak, O., Tamci, S., ... & Oncel, S. (2002). Treatment of carpal tunnel syndrome with nerve and tendon gliding exercises. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(2), 108-113. PMID: 11807347
- Alfonso, C., Jann, S., Massa, R., & Torreggiani, A. (2010). Diagnosis, treatment and follow-up of the carpal tunnel syndrome: a review. *Neurological Science*, 31(3), 243-252. doi: 10.1007/s10072-009-0213-9
- American Academy of Neurology. (1993). Practice parameter for carpal tunnel syndrome. (Summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 43(11), 2406-2409. PMID: 8232968
- American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS). (2008). *Clinical practice guideline on the treatment of carpal tunnel syndrome*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons. Repéré à [www.aaos.org/research/guidelines/CTSTreatmentGuideline.pdf](http://www.aaos.org/research/guidelines/CTSTreatmentGuideline.pdf)
- Amirfeyz, R., Clark, D., Parsons, B., Melotti, R., Bhatia, R., Leslie, I. & Bannister, (2011). Clinical tests for carpal tunnel syndrome in contemporary practice. *Archives of Orthopedic and Trauma Surgery*, 131(4), 471-474. doi: 10.1007/s00402-010-1150-z
- Amirfeyz R., Gozzard, C. & Leslie, I. (2005). Hand elevation test for assessment of carpal tunnel syndrome. *The Journal of Hand Surgery: British & European Volume*, 30(4), 361-364. doi: 10.1016/j.jhsb.2005.04.007

- Aroori, S. & Spence, RA. (2008). Carpal tunnel syndrome. *The Ulster Medical Journal*, 77(1), 6–17. PMID: 18269111
- Association canadienne des ergothérapeutes. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2013). *Prise de position de l'ACE sur l'ergothérapie dans les soins de santé primaire*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Assurance Maladie en ligne. (2013). *Le syndrome du canal carpien : vous ressentez des fourmillements dans la main?* Repéré à [http://www.ameli-sante.fr/fileadmin/mediatheque/pdf/Le\\_syndrome\\_canal\\_carpien\\_brochure.pdf](http://www.ameli-sante.fr/fileadmin/mediatheque/pdf/Le_syndrome_canal_carpien_brochure.pdf)
- Atroshi, I., Gummesson, C., Johnsson, R., Ornstein, E., Ranstan, J. & Rosen, I. (1999). Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *Journal of the American Medical Association*, 282(2), 153-158. doi:10.1001/jama.282.2.153
- Baker, N.A., Moehling, K.K., Rubinstein, E. N., Wollstein, R., Gustafson, N.P., & Baratz, M. (2012). The comparative effectiveness of combined lumbrical muscle splints and stretches on symptoms and function in carpal tunnel syndrome. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 93(1), 1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2011.08.013>
- Bardak, A.N., Alp, M., Erhan, B., Paker, N., Kaya, B. & Önal, A.E. (2009). Evaluation of the clinical efficacy of conservative treatment in the management of carpal tunnel syndrome. *Advance in therapy*, 26(1), 107-116. doi: 10.1007/s12325-008-0134-7
- Baxter-Petralia PL. (1989). Therapist's Management of Carpal Tunnel Syndrome. In: Hunter, JM., Schneider, LH., Makkin, EJ. & Callahan, AD. *Rehabilitation of The Hand Surgery and Therapy* (3<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: C.V. Mosby Co.
- Becker, J., Scalco, R.S., Pietroski, F., Celli, L.F.S. & Gomes, I. (2014). Is carpal tunnel syndrome a slow, chronic or progressive nerve entrapment? *Clinical Neurophysiology*, 125(3), 642-646. doi: 10.1016/j.clinph.2013.08.016
- Bouchaud-Chabot, A. & Roulot, E. (2014). Syndrome du canal carpien. *Revue du rhumatisme*, 74(4), 371-375. doi:10.1016/j.rhum.2007.02.003
- Bouhelo-Pam, K.P.M. (n.d.). *Le syndrome du canal carpien*. Repéré à [http://www.congomed.com/une/files/Le-syndrome-du-canal-carpien\\_546.pdf](http://www.congomed.com/une/files/Le-syndrome-du-canal-carpien_546.pdf)

- Boulenger, S. & Vaillancourt, F. (2013). *Temps d'attente dans le secteur public de la santé au Québec: mesure, conséquences et moyens pour le réduire*. Montréal : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO). Repéré à <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2013RP-17.pdf>
- Buch-Jaeger, N. & Foucher, G. (1994). Correlation of clinical signs with nerve conduction tests in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery: British & European Volume*, 19(6), 720-724. doi: 10.1016/0266-7681(94)90244-5
- Burke, F.D., Bradley, M.J., Sinha, S., Wilgis, E.F. & Dubin, N.H. (2007). Primary care management of patients with carpal tunnel syndrome referred to surgeons: are non-operative interventions effectively utilised? *Postgraduate Medical Journal*, 83(981), 498-501. doi: 10.1136/pgmj.2007.058206
- Chammas, M., Boretto, J., Burmann, L.M., Ramos, R.M., dos Santos Neto, F.C., Silva, J.B. (2014). Carpal tunnel syndrome – Part I (anatomy, physiology, etiology and diagnosis). *Revista Brasileira Ortopedia*, 49(5), 429-436. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2014.08.001>
- Cherian, A. & Kuruvilla, A. (2006). Electrodiagnostic approach to carpal tunnel syndrome, *Annals of Indian Academy of Neurology*, 9(3), 177-182. doi: 10.4103/0972-2327.27665
- Clark, F.A., Azen, S.P., Carlson, M., Mandel, D., Labree, L., Hay, J., ... & Lipson, L. (2001). Embedding health-promoting changes into the daily lives of independently-living older adults: Long-term follow-up of occupational therapy intervention. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 56B(1), 60-63. doi: 10.1093/geronb/56.1.P60
- Clapperton, L., Beaudoin, C. & Bouchard, L. (1996). *Opinion des médecins Lavallois sur les impacts de la réforme sur la pratique médicale*. Laval : Direction de la santé publique. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000026978.pdf>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2013). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Repéré à [http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide\\_implantation.pdf](http://www.ruis.umontreal.ca/documents/Guide_implantation.pdf)
- Commission de la santé et de la sécurité du travail. (2007). *Statistiques sur les lésions en « ITE » du système musculo-squelettique 2002-2005*. Québec : Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

- Commission des lésions professionnelles du Québec. (2011). 4.2.2.11.2 *Syndrome du canal carpien*. Repéré à <https://services.clp.gouv.qc.ca/SJ/mementofeb8.nsf/c463c0aef5b71bcc8525683400594f09/f9dd874cb6c326cf8525795e0073f79e?OpenDocument>
- Coppieters M.W. & Alshami, A.M. (2007). Longitudinal excursion and strain in the median nerve during novel nerve gliding exercises for carpal tunnel syndrome. *Journal of Orthopaedic Research*, 25(7), 972-980. doi: 10.1002/jor.20310
- Coulter, A., Parsons, S. & Askham, J. (2008). *Où sont les patients dans la prise de décisions concernant leurs propres soins de santé?* Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé (OMS). Repéré à [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/79215/E93675.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/79215/E93675.pdf)
- Craik, J., Davis, A. & Polatajko, H.J. (2013). Présenter le Modèle canadien du processus de pratique (MCP): déployer le contexte. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 269-289, 2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- Davis, A., Craik, J. & Polatajko, H.J. (2013). Employer le Modèle canadien du processus de pratique (MCP): déployer le processus. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*(pp. 291-320, 2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.
- De Angelis, M.V., Pierfelice, F., Di Giovanni, P., Staniscia, T., & Uncini, A. (2009). Efficacy of a soft hand brace and a wrist splint for carpal tunnel syndrome: a randomized controlled study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 119(1), 68-74. doi: 10.1111/j.1600-0404.2008.01072.x
- Deniz, F.E., Oksüz, E., Sarikaya, B., Kurt, S., Erkorkmaz, U., Ulusoy, H. & Arslan, S. (2012). Comparison of the diagnostic utility of electromyography, ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging in idiopathic carpal tunnel syndrome determined by clinical findings. *Neurosurgery*, 70(3), 610-616. doi: 10.1227/NEU.0b013e318233868f
- Donaldson, M.S., Yordy, K.D., Lohr, K.N. & Vanselow, N.A. (1996). *Primary Care: America's Health in a New Era*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Donnelly, C.A., Brenchley, C.L., Crawford, C.N. & Letts, L.J. (2014). The emerging role of occupational therapy in primary care. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 51-61. doi:10.1186/1471-2296-14-60

- Dufour, B., Pouliot, C., Simard, H. & Sauvage, J. (2005). *Guide d'évaluation des risques – Méthode QEC*. Montréal : Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST). Repéré à [http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC\\_200\\_6993.pdf](http://www.csst.qc.ca/publications/200/Documents/DC_200_6993.pdf)
- Dumez, V. (2013). Postface : La perspective du « patient-partenaire » : une nécessité pour le futur en éducation des sciences de la santé. Dans F. Parent & J. Jouquan. *Penser la formation des professionnels de la santé : une perspective intégrative*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Étienne, A. (1990). L'activité en Amérique du nord: Évolution vers une science de l'occupation. *Journal d'Ergothérapie*, 12(2), 48-53.
- Facca, S., Sauleau, E., Robert, E., Gouzou, S., Clavert, P. & Livernaux, P. (2014). Assessment of quality of pre- and postoperative information documents about carpal tunnel syndrome. *Chirurgie de la main*, 33(1), 38-43. doi: 10.1016/j.main.2013.12.002
- Falkiner, S. & Myers, S. (2002). When exactly can carpal tunnel syndrome be considered work-related? *ANZ Journal of Surgery*, 72(3), 204-209. doi: 10.1046/j.1445-2197.2002.02347.x
- Filiatrault, J. & Richard, L. (2005). L'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(1), 145-156. doi: 10.1177/000841740507200110
- Flinn, SR., Pease, FS. & Freimer, ML. (2012). Score Reliability and Construct Validity of the Flinn Performance Screening Tool for Adults With Symptoms of Carpal Tunnel Syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 330-337. doi: 10.5014/ajot.2012.000935
- Ford, M., McKee, P. & Szilagyi, M. (2004). A hybrid thermoplastic and neoprene thumb metacarpophalangeal joint orthosis. *Journal of Hand Therapy*, 17(1), 64-68. doi: 10.1197/j.jht.2003.10.009
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière.
- Foucault, C., Fournier, E. & Legal, I. (2013). *L'importance des techniques neurodynamiques dans la prise en charge d'un syndrome du tunnel carpien*. (Travail présenté à France Piotte dans le cadre du cours PHT-6113, Université de Montréal, Montréal, QC).



- Futami, T., Kobayashi, A., Ukita, T., Endoh, T. & Fujita, T. (1997). *Carpal tunnel syndrome: a natural history. Hand Surgery*, 2(2), 129-130. doi: 10.1142/S0218810497000215
- Gerritsen, A.A.M., Korthals-de Bos, I.B.C., Laboyrie, P.M., de Vet, H.C.W., Scholten, RJPM. & Bouter, LM. (2003). Splinting for carpal tunnel syndrome: prognostic indicators of success. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74(9), 1342-1344. doi:10.1136/jnnp.74.9.1342
- Green, P.E. & Vithala R.R. (1970). Rating Scales and Information Recovery – How Many Scales and Response Categories to Use?, *Journal of Marketing*, 34 (July), 33-39. doi: 10.2307/1249817
- Greenslade, J., Mehta, R., Belward, P. & Warwick, D. (2004). Dash and Boston questionnaire assessment of carpal tunnel syndrome outcome: what is the responsiveness of an outcome questionnaire? *The Journal of Hand Surgery: British & European Volume*. 29(2), 159–164. doi: 10.1016/j.jhsb.2003.10.010
- Gonzalez Del Pino, J., Delgado-Matinez, A.D., Gonzalez Gonzalez, I. & Lovic, A. (1997). Value of the carpal compression test in the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery: British & European Volume*, 22(4), 38-41. doi: 10.1016/S0266-7681(97)80012-5
- Hall, B., Lee, H. C., Fitzgerald, H., Byrne, B., Barton, A., & Lee, A. H. (2013). Investigating the Effectiveness of Full-Time Wrist Splinting and Education in the Treatment of Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(4), 448-459. doi:10.5014/ajot.2013.006031
- Hamsaki, T., Demers, L. & Filiatrault, J. (2014). Test–retest reliability and responsiveness of a French Canadian Upper Limb Functional Index (ULFI-FC). *Disability and Rehabilitation, Early Online*, 1-7. doi:10.3109/09638288.2014.948142
- Haute Autorité de Santé. (2012). *Chirurgie du syndrome du canal carpien : approche multidimensionnelle pour une décision pertinente*. Repéré à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/chirurgie\\_du\\_syndrome\\_du\\_canal\\_carpien\\_\\_approche\\_multidimensionnelle\\_pour\\_une\\_decision\\_pertinente\\_-\\_texte\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/chirurgie_du_syndrome_du_canal_carpien__approche_multidimensionnelle_pour_une_decision_pertinente_-_texte_court.pdf)
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Syndrome du canal carpien : optimiser la pertinence du parcours patient*. Repéré à : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome\\_du\\_canal\\_carpien\\_optimiser\\_la\\_pertinence\\_du\\_parcours\\_patient.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/syndrome_du_canal_carpien_optimiser_la_pertinence_du_parcours_patient.pdf)



- Hayes, E.P., Carney, K., Wolf, J., Smith, J.M. & Akelman, E. (2002). Carpal tunnel syndrome. In J.M. Hunter, E.J. Mackin & A.D. Callahan. *Rehabilitation of the Hand and Upper Extremity* (5<sup>e</sup> éd.). St. Louis: Mosby.
- Horng, Y.-S., Hsieh, S.-F., Tu, Y.-K., Lin, M.-C., Horng, Y.-S., & Wang, J.-D. (2011). The Comparative Effectiveness of Tendon and Nerve Gliding Exercises in Patients with Carpal Tunnel Syndrome: A Randomized Trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 90(6), 435-442. <http://dx.doi.org/10.1097/PHM.0b013e318214eaaf>
- Huisstede, B.M., Hoogvliet, P., Randsdorp, M.S., Glerum, S., van Middelkoop, M. & Koes, B.W. (2010). Carpal tunnel syndrome. Part I: effectiveness of nonsurgical treatments - a systematic review. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91(7), 981-1004. doi: 10.1016/j.apmr.2010.03.022
- Hunter, J., Mackin, E., & Callahan. (2002). *Rehabilitation of the hand and the upper extremity* (5<sup>e</sup> éd.). Philadelphie: Mosby.
- Ibrahim, I., Khan, W.S., Goddard, N. & Smitham, P. (2012). Carpal tunnel syndrome: a review of the recent literature. *The Open Orthopedics Journal*, 6(1), 69–76. doi: 10.2174/1 874 325 001 206 010 069
- Karazivan, P., Dumez, V., Mercier, A.M., Boucher, A., Lebel, P., Muriel, G. & Ghadiri, D.P. (2011). Le patient partenaire de soins : un atout pour le médecin. *Bulletin de Médecins francophones du Canada*, 1(3). Repéré à <http://www.medecinsfrancophones.ca/publications/articles/interdisciplinarite/patient-partenaire-dumez.fr.html>
- Karsenti, T. & Savoie-Zajc, L. (2000). *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation, Éditions du CRP.
- Kaskutas, V., & Snodgrass, J. (2009). *Occupational therapy practice guidelines for individuals with work-related injuries and illnesses*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Katz, J.N. & Stirrat, C.R. (1990). A self-administered hand diagram for the diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Surgery (American volume)*, 15(2), 360-363. PMID: 2324471
- Katz, J.N., Stirrat, C.R., Larson, M.G., Fossel, A.H., Eaton, H.M. & Liang, M.H. (1990). A self-administered hand symptom diagram for the diagnosis and epidemiologic study of carpal tunnel syndrome. *Journal of Rheumatology*, 17(11), 1495-1498. PMID: 2273490

- Keith, M.W., Masear, V., Amadio, P.C., Andary, M., Barth, R.W., Graham, B. ... McGowan, R. (2009). Diagnosis of Carpal Tunnel Syndrome. *The Journal of the American Academy of Orthopaedics Surgeons*, 17(6), 389-396.
- Keith, M.W., Masear, V., Amadio, P.C., Andary, M., Barth, R.W., Graham, B. ... & McGowan, R. (2009). AAOS Clinical Practice Guide line Summary: Treatment of carpal tunnel syndrome. *Journal of the American Academy Orthopaedics Surgery*, 17(6), 397-405.
- Landry, R. (1997). *L'analyse de contenu, recherche sociale : de la philosophie à la collecte des données*. Ste-Foy : Les Presses de l'Université Laval.
- Law, M., Steinweinder, S. & Leclair, L. (1998). Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(2), 81-91. doi: 10.1177/000841749806500204
- Leite, J., Jerosch-Herold, C. & Song, F. (2006). A systematic review of the psychometric properties of the Boston Carpal Tunnel Questionnaire. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 7:78. doi:10.1186/1471-2474-7-78
- Levine, D.W., Simmons, B.P., Koris, M.J., Daltroy, L.H., Hohl, G.G., Fossel, A.H. & Katz J.N. (1993). A self-administered questionnaire for the assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *Journal Bone & Joint Surgery*, 75(11), 1585-1592. PMID: 8245050
- Lowe, W. (2008). Suggested variations on standard carpal tunnel syndrome assessment tests. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 12(2), 151-157. doi: 10.1016/j.jbmt.2007.04.001
- MacDermid, J.C., Kramer, J.F. & Roth, J.H. (1994). Decision making in detecting abnormal Semmes-Weinstein monofilament thresholds in carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Therapy*, 7(3), 158-162. doi: 10.1016/S0894-1130(12)80057-3
- MacDermid, J.C. & Wessel, J. (2004). Clinical diagnosis of carpal tunnel syndrome: a systematic review. *Journal of Hand Therapy*, 17(2), 309-319. PMID: 15162113
- Manktelow, R.T., Binhammer, P., Tomat, L.R., Bril, V. & Szalai, J.P. (2004). Carpal tunnel syndrome: cross-sectional and outcome study in Ontario Workers. *Journal of Hand Surgery*, 29(A), 307-317. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2003.11.001>
- Marshall, S.C., Tardif, G. & Ashworth, N.L. (2007). Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(2), 1-31. doi: 10.1002/14651858.CD001554.pub2

- McKee, P. & Morgan, L. (1998). *Orthotics in rehabilitation: Splinting the hand and body*. Philadelphie, PA: F.A. Davis.
- McKee, P. & Nguyen, C. (2007). Customized dynamic splint : Orthoses that promote optimal function and recovery after radial nerve injury : A case report. *Journal of Hand Theray*, 20(1), 73-87. doi: 10.1197/j.jht.2006.11.013
- McKee, P. & Rivard, A. (2004). Orthoses as enablers of occupation: Client-centered splinting for better outcomes. *Canadian Journal of Occupational Theray*, 71(5), 306-314. doi: 10.1177/000841740407100510
- McKeon, J.M. M., & Yancosek, K.E. (2008). Neural gliding techniques for the treatment of carpal tunnel syndrome: a systematic review. *Journal of Sport Rehabilitation*, 17(3), 324-341. PMID: 18708684
- Mediouni, Z., de Roquemaurel, A., Dumontier, C., Becour, B., Garrabe, H., Roquelaure, Y. & Descatha (2014). Is carpal tunnel syndrome related to computer exposure at work? A review and meta-analysis. *Journal of Occupational and Environnemental Medecine*, 56(2), 204-208. doi: 10.1097/JOM.0000000000000080
- Meirelles, L.M., Gomes dos Santos, J.B., Leonel dos Santos, L., Branco, M.A., Faloppa, F., Leite, V.M. & Fernandes, C.L. (2006). Evaluation of the Boston questionnaire applied at late post-operative period of carpal tunnel syndrome operated with the pain retinaculum through palmar port, *Acta Ortopedica Brasileira*, 14(3), 126-132. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-78522006000300002>
- Merlet, C. (2013). Le syndrome du tunnel carpien et sa prise en charge à l'officine. (Thèse pour le diplôme d'État de docteur en pharmacie, Université Angers, Angers, France). Repéré à <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20062421/2013PPHA1057/fichier/1057F.pdf>
- Michelsen, H. & Posner, M.A. (2002). Medical history of carpal tunnel syndrome. *Hand Clinics*, 18(2), 257-268. doi: 10.1016/S0749-0712(01)00006-3
- Moyers, P.A. (1999). Guide to occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(3), 247-322. doi:10.5014/ajot.53.3.247
- Muir, S. (2012). Health Policy Perspectives - Occupational therapy in primary health care: We should be there. *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 506-510. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2012.665001>
- Muldoon, L.K., Hogg, W.E. & Levitt, M. (2006). Primary care (PC) and primary health care (PHC): what is the difference? *Canadian Journal of Public Health*, 97(5), 409-411. PMID: 17120883

- Novak, C.B., Mackinnon, S.E., Brownlee, R. & Kelly, L. (1992). Provocative sensory testing in carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Therapy*, 17(2), 204-208. doi: 10.1016/0266-7681(92)90090-O
- Nuckols, T., Harber, P., Sandin, K., Benner, D., Weng, H., Shaw, R., . . . Asch, S.; Carpal Tunnel Quality Group. (2011). Quality measures for the diagnosis and nonoperative management of carpal tunnel syndrome in occupational settings. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(1), 100–119. doi: 10.1007/s10926-010-9260-6.
- O'Connor, D., Marshall, S.C., Massy-Westropp, N. & Pitt, V. (2003). Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2003(1), 1-58. doi: 10.1002/14651858.CD003219
- Page, M.J., Massy-Westropp, N., O'Connor, D., & Pitt, V. (2012). Splinting for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(7), 1-94. doi:10.1002/14651858.CD010003
- Page, M.J., O'Connor, D., Pitt, V., & Massy-Westropp, N. (2012). Exercise and mobilisation interventions for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(6), 1-108. doi: 10.1002/14651858.CD009899
- Patton, M.A. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Penn State Milton S. Hershey Medical Center. (2013). Carpal tunnel syndrome. Repéré à <http://pennstatehershey.adam.com/content.aspx?productId=10&pid=10&gid=00034>
- Phalen, G.S. (1966). The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years' experience in diagnosis and treatment of six hundred fiftyfour hands. *Journal of Bone and Joint Surgery (American volume)*, 48(2), 211-228. PMID: 5934271
- Poirier, R., Drouin, J. & Pedneault, D. (2011). *Les exercices qui vous soignent*. Montréal : Édition de l'Homme
- Polatajko, H.J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C-J. & Trentham, B. (2013). Les éléments essentiels de la pratique fondée sur l'occupation. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko. *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.

- Povlsen, B., Bashir, M. & Wong, F. (2014). Long-term result and patient reported outcome of wrist splint treatment for Carpal Tunnel Syndrome. *Journal of Plastic and Hand Surgery*, 48(3), 175-178. DOI: 10.3109/2000656X.2013.837392
- Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. (1993). Practice parameter for carpal tunnel syndrome (summary statement). *Neurology*, 43(11), 2406-2409.
- Rebeiro, K.L. (2001). Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(2), 80-89. doi :10.1177/000841740106800204
- Roquelaure, Y., Mechali, S., Dano, C., Fanello, S., Bennetti, F., Bureau, D. ... Penneau-Fontbonne, D. (1997). Occupational and personal risk factors for carpal tunnel syndrome in industrial workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(5), 364-369. doi:10.5271/sjweh.233
- Rossignol, M., Stock, S., Patry, L. & Armstrong, B. (1996). *Incidence du syndrome du canal carpien selon la profession sur l'île de Montréal et distribution des facteurs de risque*. Montréal : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.
- Rozmaryn, L.M., Dovel, S., Rothman, E.R., Gorman, K., Olvey, K.M. & Bartko, J.J. (1998). Nerve and tendon gliding exercises and the conservative management of carpal tunnel syndrome. *Journal of Hand Therapy*, 11(3), 171-179. PMID: 9730093
- Sakthivel, K., Madam, S., O'Connor, D. & Samuel, A.W. (2006). Efficiency of a new provocative test for carpal tunnel syndrome: the straight arm raise (SAR) test. *European Journal of Orthopedic Surgery & Traumatology*, 16(3), 210-213. doi: 10.1007/s00590-006-0087-y
- Sambandam, S.N., Priyanka, P., Gul, A & Ilango, B. (2008). Critical analysis of outcome measures used in the assessment of carpal tunnel syndrome. *International Orthopaedics*, 32(4), 497-504. doi: 10.1007/s00264-007-0344-7
- Schaeffer, J. (2002). *Community and communication in a diverse society*. Chicago : University of Chicago Press.
- Schkade, J.K. & Shultz, S. (1992). Occupational adaptation : Toward a holistic approach for contemporary practice, Part 1. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(9), 829-837. doi:10.5014/ajot.46.9.829

- Shankland, R. & Lamboy, B. (2011). Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 17(2), 153-172. doi: 10.1016/j.prps.2010.11.001
- Shi, Q. & MacDermid, J.C. (2011). Is surgical intervention more effective than non-surgical treatment for carpal tunnel syndrome? A systematic review. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 6(17), 1-9. doi:10.2217/IJR.09.63
- Sluka, K.A. (2009). *Mechanisms and Management of Pain for the Physical Therapist*. Seattle: IASP Press.
- Société canadienne des chirurgiens plasticiens. (2007). *Initiative relative aux points de repère sur les temps d'attente de la Société canadienne des chirurgiens plasticiens*. Repéré à : <http://www.waittimealliance.ca/wp-content/uploads/2014/05/FR-Page-4.I.-Plastic-Surgery-CSPS-benchmarks.pdf>
- Société de l'arthrite. (2014). Syndrome du canal carpien. Repéré à <http://www.arthrite.ca/page.aspx?pid=5977>
- Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (2<sup>e</sup> éd.). New York : Oxford University Press.
- Stapleton, M.J. (2006). Occupation and carpal tunnel syndrome. *Anz Journal of Surgery*, 76(6), 494-496. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.2006.03770.x>
- Stutzmann, S., Buch-Jaeger, N. & Foucher, G. (1996). Syndrome du canal carpien: résultats du traitement conservateur par orthèse de repos nocturne sur mesure, *La main*, 3(3), 203-210
- Tcaciuc, R. (2010, Février). *Étude sur l'appréciation des facteurs de risque dans la reconnaissance du syndrome du canal carpien relié au travail*. Maîtrise, Université du Québec à Montréal. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/2834/1/M11333.pdf>
- Townsend, E.A, Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwana, M., Landry, J. ... Brown, J. (2013). Habilitier : la compétence primordiale en ergothérapie. Dans E.A. Townsend & H.J. Polatajko. *Habiller à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (pp. 103-158, 2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. (2007). *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON : CAOT Publications ACE.



- Townsend, E.A. & Polatajko, H.J. (2013). *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (2<sup>e</sup> éd., version française N. Cantin). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Trottier, L.H., Fournier, M.A., Diene, C.P. & Contandriopoulos, A.P. (2003). *Les soins de santé primaire au Québec*. Repéré à <http://www.irsipum.umontreal.ca/rapportpdf/R03-03.pdf>
- Verhagen, A., Karels, C., Bierma-Zeinstra, S., Burdoff, L.L., Feleus, A., Dahaghin, S.S. ... Koes, B.W. (2009). Ergonomic and physiotherapeutic interventions for treating work related complaints of the arm, neck or shoulder in adults. *Cochrane Database System Reviews*, 2009(3), 1-2. doi: 10.1002/14651858.CD003471.pub4
- Unruh, A.M. (2004). Reflections on: "So...what do you do?" Occupation and the construction of identity. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 290-295. doi: 10.1177/000841740407100508
- Werner, R.A., Bir, C. & Armstrong, T.J. (1994). Reverse Phalen's maneuver as an aid in diagnosing carpal tunnel syndrome, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75(7), 783-786. PMID: 8024425
- Wilcock, A.A. (1993). A theory of human need for occupation, *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17-24.
- World Health Organization Regional Office of Europe. (1998). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*. Repéré à [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/145294/E63674.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf)
- Wong, S., Hui, A., Lo, S.K., Chiu, J.H., Poon, W.F. & Wong, L. (2005). Single vs. two steroid injections for carpal tunnel syndrome: a randomized clinical trial. *International Journal of Clinical Practice*, 59(12), 1417-1421. doi: 10.1111/j.1368-5031.2005.00696.x
- Yerxa, E.J. (1990). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21<sup>st</sup> century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6(4), 1-17. DOI: 10.1080/J003v06n04\_04
- Yerxa, E.J. (1998). Health and the human spirit for occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(6), 412-418. doi:10.5014/ajot.52.6.412
- Zyluk A, Puchalski P. (2013). A comparaison of outcomes of carpal tunnel release in diabetic and non-diabetic patients. *The Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 38(5), 485-488. doi:10.1177/1753193412469781

**ANNEXE A**  
**Cotes attribuées par les experts en fonction de la clarté et de l'acceptabilité de**  
**chacune des séances de la version préliminaire du suivi proposé**

		Experts										Score obtenu (%)
Énoncé		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Appréciation de la séance avec le patient ressource												
1	Clarté	5		5	6	3	6	7	7	7	7	81
2	Acceptabilité	3		4	6	4	6	7	7	7	7	78
Appréciation de la séance 1												
3	Clarté	7		7	5	5	6	7	7	7	5	87
4	Acceptabilité	6		6	5	6	6	7	7	7	5	85
Appréciation de la séance 2												
5	Clarté	7		7	7	5	7	7	7	7	7	96
6	Acceptabilité	6		7	7	5	7	7	7	5	7	91
Appréciation de la séance 3												
7	Clarté	7		6	5	5	6	7	7	7	7	89
8	Acceptabilité	7		6	5	4	4	7	7	3	7	76
Appréciation de la séance 4												
9	Clarté	7		7	5	6	6	7	7	7	7	93
10	Acceptabilité	1		6	6	6	6	7	7		7	79
Appréciation de la séance 5												
11	Clarté	7		7	6	6		7	7	7	7	96
12	Acceptabilité	6		7	5	6		7	7	4	5	81



**ANNEXE B**  
**Cotes attribuées par les experts en fonction de l'appréciation globale, de l'utilité clinique, de la commodité, et de la faisabilité de la version préliminaire du suivi proposé**

		Experts										Score obtenu (%)
Énoncé		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Appréciation de la séance avec le patient ressource												
13	Appréciation globale	5		5	6	5	4	7	7	6	7	80
14	Utilité clinique	6		5	5	5	5	6	7	5	7	78
15	Commodité	6		5	5	5	5	6	7	5	7	78
16	Faisabilité	4		5	5	5	2	4	7	3	7	61

[illegible]

## ANNEXE D

### Suivi proposé (version préliminaire)

**Séance avec le patient ressource** (Rencontre préliminaire individuelle/groupe) (*durée et moment de la rencontre variable*)

1. Partage d'une même expérience de syndrome du canal carpien ou d'un cheminement clinique similaire
2. Partage de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches
3. Remise d'un document d'information sur le syndrome du canal carpien

**Séance 1** (Première rencontre avec l'ergothérapeute) (*60 minutes*)

1. Évaluation initiale (voir Tableau 1)
2. Fabrication d'une orthèse de poignet en position neutre ainsi que les MCP et instruction de la porter la nuit ou le jour au besoin (conception et posologie individualisées à chacun pour favoriser le port de l'orthèse)
3. Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale (bonne utilisation de la main et les postures et habitudes de travail à éviter)
4. Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile (voir Tableau 2) et de stratégies pour le débiter ainsi que l'utilisation de la glace (au besoin)
5. Devoir réflexif (sujet de discussion à la séance 2): Essayer de s'observer dans la réalisation de ses occupations
6. Journal de bord (outil pour effectuer le suivi) : Mise en place de changements

**Séance 2** (7 à 10 jours après la 1<sup>ère</sup> visite) (*30 minutes*)

1. Vérification/ajustement de l'orthèse
2. Discuter avec le client pour observer s'il y a amélioration immédiate
3. Demander au client de démontrer son programme d'exercices à domicile pour s'assurer qu'il réussit à bien les faire
4. Demander au client de nous présenter son journal de bord pour s'assurer qu'il est actif
5. Demander au client s'il a observé des façons de faire contre-indiquées depuis la dernière rencontre
6. Cibler avec la personne des stratégies pour réaliser autrement les occupations problématiques

**Séance 3** (4 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (*30 minutes*)

1. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou rechute précoce, référence au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
2. Demander au client comment il a changé ses occupations pour améliorer l'utilisation de la main
3. Demander au client de présenter son journal de bord pour s'assurer qu'il est actif et retour sur les exercices
4. Discuter de l'application des stratégies et de leur efficacité
5. Référer au besoin pour une évaluation de poste de travail (nécessaire lors d'activités de travail plus complexes afin d'aider le client à surmonter les obstacles présents et faciliter la mise en place de stratégies par l'employeur)

**Séance 4** (8 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (*30 minutes*)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou rechute précoce, référence au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mise en place

**Séance 5** (12 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (*30 minutes*)

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mise en place
4. Congé du client ou référence au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie

**Tableau 1 : Contenu de l'évaluation initiale**

<b>Collecte de données subjectives</b>	<input type="checkbox"/> Présence de l'un de ces symptômes dans le territoire du nerf médian. <ul style="list-style-type: none"> <li>• paresthésies de la main</li> <li>• engourdissements, inconfort douloureux de la main/avant-bras/bras</li> <li>• faiblesse ou maladresse de la main</li> <li>• peau sèche, gonflement, sudation ou changement de couleur de la main</li> </ul> <input type="checkbox"/> Facteurs de provocation <ul style="list-style-type: none"> <li>• sommeil</li> <li>• positions prolongées de la main ou du bras</li> <li>• actions répétitives de la main ou du poignet</li> </ul> <input type="checkbox"/> Facteurs d'atténuation <ul style="list-style-type: none"> <li>• changements de position de la main</li> <li>• secouer la main</li> </ul> <input type="checkbox"/> Activités de loisir et professionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• répétitivité des gestes et postures contraignantes</li> <li>• port de gants</li> <li>• travail au froid</li> <li>• vibrations</li> </ul> <input type="checkbox"/> Traitements et résultats antérieurs ou conditions associées
<b>Examen physique</b>	<input type="checkbox"/> Apparition des symptômes par (effectuer minimalement 2 tests de provocation): <ul style="list-style-type: none"> <li>• flexion forcée du poignet (signe de Phalen)</li> <li>• percussion (signe de Tinel)</li> <li>• pression directe sur le nerf médian au niveau du poignet (signe de Mac Murthry)</li> <li>• test du bras levé tendu « Straight Arm Raise »</li> </ul> <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité dans le territoire nerveux du médian (test des monofilaments de Semmes Weinstein ou test de discrimination statique de 2 points)
<b>Questionnaires autoadministrés</b>	<input type="checkbox"/> Questionnaire Boston Carpal Questionnaire <input type="checkbox"/> Questionnaire DASH * au choix de l'ergothérapeute

**Tableau 2 : Programme d'exercices inspiré de Poirier, Drouin et Pedneault (2011)**

<b>Au réveil</b>	<input type="checkbox"/> Prévenir l'ankylose (conséquence possible reliée au port nocturne de l'orthèse) • Exercices de glissement de tendons (10 répétitions x 5 secondes)
<b>Phase 1 (1-3 fois/semaine) Débuter suite à la séance 1</b>	<input type="checkbox"/> Diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras et favoriser la circulation • Étirement passif des extenseurs du poignet et de la main (1-3 x 15-30 secondes) • Étirement passif du fléchisseur superficiel des doigts (1-3 x 15-30 secondes) • Étirement du fléchisseur profond des doigts (1-3 x 15-30 secondes) • Étirement des muscles lombricaux* (1-3 x 15-30 secondes) • Automassage du poignet (face antérieure)(1 x 30-60 secondes)
<b>Phase 2 (3-5 fois/semaine) Débuter suite à la séance 3</b>	<input type="checkbox"/> Diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras et mobilité articulaire • Étirement actif des extenseurs du poignet et de la main (1-3 x 15-30 secondes) • Étirement actif du fléchisseur superficiel des doigts (1-3 x 15-30 secondes) • Étirement du fléchisseur profond des doigts au mur (1-3 x 15-30 secondes) • Exercices simples de mobilité des doigts (1-3 x 5-10 répétitions)
<b>Phase 3 (2-3 fois/semaine) Débuter suite à la séance 5</b>	<input type="checkbox"/> Augmenter le seuil de tolérance des muscles de l'avant-bras et diminuer les risques de récidi- ves • Extension des doigts avec de la pâte à modeler ou un élastique (1-3 x 5-15 répétitions) • Extension du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Flexion du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Renforcement des fléchisseurs des doigts avec une balle (5-15 répétitions x10 secondes)

\*Description de l'étirement des muscles lombricaux: MCP étendues, IPP et IPD totalement fléchies et paume de la main appuyée sur la cuisse et pression sur la face de la main vers le bas avec l'autre main (voir Baker et coll., 2012)

## **ANNEXE E**

### **Questionnaire**

#### **Présentation**

La proposition de ce suivi combine les fondements théoriques du Modèle canadien d'habilitation centré sur le client, l'approche participative du client partenaire de soins et les données probantes sur le syndrome du canal carpien.

- **Qu'est-ce que le patient partenaire de soins?** Théoriquement, à travers cette vision participative où patients, proches et professionnels de la santé redéfinissent la relation soignant-soigné (processus collaboratif entre l'équipe de soins et le patient) et prennent conscience de leur interdépendance, le patient peut développer des compétences de soins qui lui permettront d'apprendre à mieux prendre soin de lui-même et ainsi favoriser ses capacités d'autogestion. Actuellement, on assiste à l'émergence des concepts de « patient partenaire » et de « partenariat de soins » et bien que les projets de recherche en sont à leurs tout premiers débuts, ils se présentent comme une nouvelle réalité et une source d'inspiration afin d'optimiser la pratique actuelle.

Cette prise en charge propose une présentation détaillée aux ergothérapeutes pour favoriser un rôle actif auprès de la clientèle présentant un syndrome du canal carpien. De plus, elle soutient la collaboration entre les médecins et les ergothérapeutes. Elle s'échelonne sur trois mois et comprend une rencontre avec le patient ressource (rôle de facilitateur ou d'accompagnement) et cinq séances avec l'ergothérapeute.

#### **Objectifs du suivi**

Les approches utilisées visent à :

- Favoriser la réalisation des activités du quotidien et des autres activités significatives
- Améliorer l'autogestion des symptômes par l'apprentissage de stratégies que la personne peut effectuer par elle-même pour les contrôler, permettre d'alléger les symptômes et aussi d'améliorer sa santé et son bien-être
- Réduire les obstacles présents dans les occupations qui contribuent au maintien du syndrome du canal carpien (gestes répétitifs, postures aggravantes, façons de faire, etc.) et ainsi améliorer la participation aux activités quotidiennes
- Améliorer l'observance au traitement recommandé

#### **Services offerts par l'ergothérapeute**

- Évaluation des facteurs contribuant au maintien des symptômes et des incapacités en découlant
- Éducation et entraînement à l'autogestion des symptômes
- Mise en place d'un programme individualisé d'exercices et d'interventions spécifiques visant la réduction des symptômes et l'amélioration des capacités fonctionnelles dans les activités du quotidien et les autres activités significatives
- Référence quand nécessaire (médecin spécialiste, évaluation de poste de travail)

#### **Résultats attendus**

- Bonifier la prise en charge conservatrice de la clientèle atteinte d'un syndrome du canal carpien et ainsi augmenter la satisfaction et la participation du patient dans son parcours de soins
- Réduire les symptômes et prévenir l'aggravation des symptômes
- Diminuer l'absentéisme et la baisse de productivité au travail par l'autogestion des symptômes
- Diminuer le recours à la chirurgie dans les formes légères et modérées et ainsi diminuer le délai d'attente pour les patients qui nécessitent la chirurgie
- Augmenter la collaboration entre les ergothérapeutes et les médecins et ainsi favoriser le mécanisme d'accès aux soins et services de santé

**Quelle profession exercez-vous?**

☐ Ergothérapeute

☐ Médecin      Précisez votre spécialité: Cliquez ici pour taper du texte.

**Dans quel milieu travaillez-vous?**

☐ Public

☐ Privé

**Combien d'années d'expérience avez-vous auprès de la clientèle présentant des blessures musculosquelettiques?**

Cliquez ici pour taper du texte. ans

Appréciation de la séance 1							
Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé							
<b>Énoncé 3</b> Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
<b>Commentaires :</b> (par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)  Cliquez ici pour taper du texte.							
<b>Énoncé 4</b> Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec les énoncés de la séance ? (peu d'accord à très d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
<b>Commentaires :</b> (par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)  Cliquez ici pour taper du texte.							

### Appréciation de la séance 2

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

<b>Énoncé 5</b> Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**

(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 6</b> Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec l'ensemble des énoncés de la séance ? (peu d'accord à très d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**

(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

### Appréciation de la séance 3

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

<b>Énoncé 7</b> Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**

(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 8</b> Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec les énoncés de la séance ? (peu d'accord à très d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**

(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.



#### Appréciation de la séance 4

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

<b>Énoncé 9</b> Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 10</b> Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec l'ensemble des énoncés de la séance ? (peu d'accord à très d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

#### Appréciation de la séance 5

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

<b>Énoncé 11</b> Dans l'ensemble, est-ce que le contenu de la séance est clair et facile à comprendre ? (peu facile à comprendre à très facile à comprendre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui ne l'est pas et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 12</b> Dans l'ensemble, êtes-vous d'accord avec l'ensemble des énoncés de la séance ? (peu d'accord à très d'accord)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, indiquez le numéro de l'énoncé qui devrait être modifié (ex : bonifié ou enlevé) et justifiez ou bien ajoutez un énoncé pour améliorer le contenu de la séance et expliquez)

Cliquez ici pour taper du texte.

### Appréciation du suivi proposé dans son ensemble

Donnez votre appréciation sur une échelle de 1 à 7, en cochant votre réponse, 1 étant le score le plus bas et 7 le plus élevé

<b>Énoncé 13</b> Dans l'ensemble, dans quelle mesure avez-vous apprécié le suivi proposé ? (peu apprécié à très apprécié)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, quels aspects ont particulièrement attiré votre attention?)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 14</b> Dans l'ensemble, les recommandations comprises à l'intérieur de ce suivi vous sont-elles utiles ? (peu utile à très utile)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, le suivi proposé vous apporte-t-il de la nouveauté)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 15</b> En ce qui a trait au format, est-ce que le suivi proposé est facile à consulter ? (peu facile à consulter à très facile à consulter)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, des éléments auraient-ils avantage à être modifiés pour faciliter la consultation)

Cliquez ici pour taper du texte.

<b>Énoncé 16</b> Dans quelle mesure êtes-vous prêt à mettre en place ce suivi dans votre pratique ? (peu enclin à le faire à très enclin à le faire)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

**Commentaires :**  
(par exemple, voyez-vous des limites à l'implantation de ce suivi dans votre pratique)

Cliquez ici pour taper du texte.

**Opinion personnelle**

Partagez-nous vos idées, impressions, critiques, etc.

**Énoncé 17**

Y-a-t-il des considérations qui sont utiles ou importantes à tenir compte dans la pratique auprès de cette clientèle, mais qui ne sont pas comprises à l'intérieur de ce suivi? Donnez votre avis...

Cliquez ici pour taper du texte.

**Énoncé 18**

Que pensez-vous de l'idée d'inclure l'approche participative du patient partenaire? Donnez votre avis...

Cliquez ici pour taper du texte.

**Énoncé 19**

Que pensez-vous de l'idée d'inclure une rencontre avec un patient ressource? Donnez votre avis...

Cliquez ici pour taper du texte.

**Énoncé 20**

Que pourrait-on faire, selon vous, pour améliorer le suivi proposé dans son approche ou pour anticiper les obstacles cliniques et organisationnels à son implantation dans la pratique? Proposez vos idées...

Cliquez ici pour taper du texte.

**Je vous remercie d'avoir répondu à ces questions!**

## **ANNEXE F**

### **Suivi proposé (version finale)**

#### **Séance 1 (60 minutes)**

1. Évaluation initiale (voir Tableau 1)
2. Fabrication d'une orthèse positionnant le poignet en position neutre et les MCP en extension et instruction de la porter la nuit ou le jour au besoin (conception et posologie individualisées à chacun pour favoriser le port de l'orthèse)
3. Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale (bonne utilisation de la main et les postures et habitudes de travail à éviter)
4. Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile (voir Tableau 2) et de stratégies pour le débiter ainsi que l'utilisation de la glace (au besoin)
5. Devoir réflexif (sujet de discussion à la séance 2): Essayer de s'observer dans la réalisation de ses occupations
6. Remise d'un document d'information sur le syndrome du canal carpien et du journal de bord (outil optionnel pour effectuer le suivi)

#### **Suivi téléphonique 1 (7 à 10 jours après la 1<sup>ère</sup> visite) (15 minutes)**

1. Discuter du confort de l'orthèse (vérifier si ajustement est nécessaire et si oui, prendre rendez-vous avec lui)
2. Discuter avec le client s'il y a amélioration immédiate
3. Demander au client s'il est actif, s'il porte l'orthèse
4. Demander au client s'il a observé des façons de faire contre-indiquées depuis la dernière rencontre
5. Cibler avec la personne des stratégies pour réaliser autrement les occupations problématiques (en choisir 2)

#### **Suivi téléphonique 2 (4 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (30 minutes)**

1. Discuter avec le client pour voir s'il y a amélioration (vérifier s'il n'y a pas de signe d'aggravation). Si oui, référer au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie
2. Retour sur le port de l'orthèse pour s'assurer de l'adhérence au traitement et les exercices pour s'assurer qu'il réussit à bien les faire
3. Discuter de l'application des stratégies et de leur efficacité
4. Demander au client comment il a changé ses occupations pour améliorer l'utilisation de la main. Référer au besoin pour une évaluation de poste de travail (nécessaire lors d'activités de travail plus complexes afin d'aider le client à surmonter les obstacles présents et faciliter la mise en place de stratégies par l'employeur)

#### **Séance 2 (8 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (30 minutes)**

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration (si aucune amélioration significative n'est observée ou rechute précoce, référence au médecin spécialiste pour une infiltration de corticoïdes ou la chirurgie)
3. Faire un suivi individualisé des modalités d'intervention mise en place

#### **Suivi téléphonique 3 (12 semaines après la 1<sup>ère</sup> visite) (15 minutes)**

1. Retour sur les occupations depuis la dernière visite
2. Réévaluation des signes et symptômes pour voir s'il y a amélioration à l'aide du Boston Carpal Tunnel Questionnaire
3. Faire un suivi individualisé (congé du client avec relance post-réadaptation, au besoin; selon l'évolution des troubles ressentis, poursuite du plan d'intervention si les bénéfices se poursuivent; référence au médecin spécialiste si signes d'alertes)

**Tableau 1 : Contenu de la séance 1**

<b>Collecte de données subjectives</b>	<input type="checkbox"/> Présence de l'un de ces symptômes dans le territoire du nerf médian. <ul style="list-style-type: none"> <li>• paresthésies de la main</li> <li>• engourdissements, inconfort douloureux de la main/avant-bras/bras</li> <li>• faiblesse ou maladresse de la main</li> <li>• peau sèche, gonflement, sudation ou changement de couleur de la main</li> </ul> <input type="checkbox"/> Facteurs de provocation <ul style="list-style-type: none"> <li>• sommeil</li> <li>• positions prolongées de la main ou du bras</li> <li>• actions répétitives de la main ou du poignet</li> </ul> <input type="checkbox"/> Facteurs d'atténuation <ul style="list-style-type: none"> <li>• changements de position de la main</li> <li>• secouer la main</li> </ul> <input type="checkbox"/> Activités de loisir et professionnelle <ul style="list-style-type: none"> <li>• répétitivité des gestes et postures contraignantes</li> <li>• port de gants</li> <li>• travail au froid</li> <li>• vibrations</li> </ul> <input type="checkbox"/> Traitements et résultats antérieurs (ex : EMG, diverses modalités essayées) ou conditions associées (ex : antécédents de fracture, arthrite, ténosynovite, etc.)
<b>Examen physique</b>	<input type="checkbox"/> Apparition des symptômes par (effectuer minimalement 2 tests de provocation): <ul style="list-style-type: none"> <li>• flexion maintenue du poignet (signe de Phalen)</li> <li>• percussion (signe de Tinel)</li> <li>• pression directe sur le nerf médian au niveau du poignet (signe de Mac Murthry)</li> <li>• test d'élévation du bras</li> </ul> <input type="checkbox"/> Perte de sensibilité dans le territoire nerveux du médian (test des monofilaments de Semmes Weinstein ou test de discrimination de Weber)
<b>Questionnaires autoadministrés</b>	<input type="checkbox"/> Faiblesse ou atrophie des muscles thénariens (Dynamomètre Jamar ou pincemètre)
<b>Orthèse</b>	<input type="checkbox"/> Faiblesse du court abducteur du pouce (abduction contrariée)
<b>Éducation</b>	<input type="checkbox"/> Faiblesse de l'opposant du pouce (test de la boucle)
<b>Information</b>	<input type="checkbox"/> Trouble de l'opposition du pouce (perte du « O » parfait)
	<input type="checkbox"/> Peau sèche du pouce, de l'index et du majeur
	<input type="checkbox"/> Boston Carpal Tunnel Questionnaire (voir Meirelles et ses collaborateurs, 2006) (doit obligatoirement être rempli à la première rencontre)
	<input type="checkbox"/> Conception et posologie individualisées
	<input type="checkbox"/> Enseignement portant sur la pathologie et sur l'hygiène posturale
	<input type="checkbox"/> Enseignement d'un programme individualisé d'exercices à domicile
	<input type="checkbox"/> Devoir réflexif
	<input type="checkbox"/> Journal de bord (optionnel)
	<input type="checkbox"/> Document d'information sur le syndrome du canal carpien

Tableau 2 : Contenu du programme d'exercices

<b>Au réveil</b>	<input type="checkbox"/> Prévenir l'ankylose (conséquence possible reliée au port nocturne de l'orthèse) • Exercices de glissement de tendons (10 répétitions x 5 secondes)
<b>Phase 1</b> (1-3 fois/semaine) Débuter une fois que l'effet du port de l'orthèse est observé	<input type="checkbox"/> Diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras et favoriser la circulation • Étirement des muscles lombricaux <sup>1</sup> (1-3 x 15-30 secondes)
<b>Phase 2</b> (3-5 fois/semaine) Débuter suite à la séance 2	<input type="checkbox"/> Mobilité articulaire et diminuer le tonus résiduel des muscles de l'avant-bras • Exercices simples de mobilité des doigts <sup>2</sup> (1-3 x 10 répétitions) • Exercices de glissement du nerf médian <sup>3</sup> (3-5 x 5 répétitions x 5-30 secondes)
<b>Phase 3</b> (2-3 fois/semaine) Débuter suite à l'efficacité du suivi proposé	<input type="checkbox"/> Renforcement progressif des muscles de l'avant-bras et diminuer les risques de récurrences (1-3 x 5-15 répétitions x 5-10 secondes pour l'ensemble des exercices) • Renforcement isométrique des extenseurs du poignet <sup>4</sup> • Renforcement isométrique des fléchisseurs du poignet <sup>4</sup> • Renforcement isométrique des fléchisseurs des doigts avec une balle de tennis
<b>Phase 4</b> (2-3 fois/semaine) Débuter une fois que vous pouvez obtenir 2-3 séries de 15 répétitions de 10 secondes détiennent sans aucun effet négatif des exercices de la phase précédente pendant 3 semaines consécutives	<input type="checkbox"/> Augmenter le seuil de tolérance des muscles de l'avant-bras et diminuer les risques de récurrences • Extension des doigts avec de la pâte à modeler ou un élastique (1-3 x 5-15 répétitions) • Extension du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Flexion du poignet avec un poids (1-3 x 5-15 répétitions) • Renforcement des fléchisseurs des doigts avec une balle anti-stress (1-3 x 5-15 répétitions x 10 secondes)
<sup>1</sup> Description de l'étirement des muscles lombricaux: MCP étendues et les articulations IPP et IPD totalement fléchies et paume de la main appuyée sur la cuisse et pression ensuite exercées sur la face de la main vers le bas avec l'autre main. Puis l'on tire le poignet, les MCP, IPP et IPD en extension maximale avec l'autre main (Baker et coll., 2012). <sup>2</sup> Exercices simples de mobilité: Dessiner des cercles larges et lents avec le poignet dans un sens puis dans l'autre; Écarter les doigts puis fermer votre poing, et alterner les 2 mouvements; Amener, les uns après les autres, l'extrémité des doigts vers le pouce de manière à former un « O ».	
<sup>3</sup> Description des exercices de glissement du nerf médian: Il s'agit de progresser d'une position à l'autre et lorsque les symptômes du nerf médian commencent à être provoqués (fourmillement), c'est la position maximale à utiliser. Quand la une position peut être maintenue sans symptômes, on progresse vers la prochaine et ainsi de suite. Et quand la dernière position est atteinte, on répète la routine de mobilisation. Chaque position doit être maintenue entre 5 à 30 secondes sans faire empirer les symptômes. Les exercices doivent se faire de façon progressive (Coppieters et Alshami, 2007).	
<sup>4</sup> Renforcement isométrique : Il s'agit de s'opposer au mouvement avec l'autre main (aucun mouvement ne se produit) *Aucun réveil douloureux ne doit se faire ressentir, revenir à la phase précédente si douleur *Étirements des muscles lombricaux contre-indiqués si grossesse compte tenu de l'augmentation de la laxité ligamentaire (sécrétion de relaxine) qui augmente le risque de blessure aux articulations.	
<b>Modalités antalgiques (si efficace)</b>	<input type="checkbox"/> Bain contraste (chaud et froid) pour diminuer l'enflure, améliorer la circulation sanguine et réduire l'inflammation <input type="checkbox"/> Utilisation de la glace pour réduire l'inflammation et soulager la douleur <input type="checkbox"/> Automassage circulaire du poignet (face antérieure) (1 x 30-60 secondes) pour améliorer la circulation sanguine et soulager la douleur <input type="checkbox"/> Exercices de glissement de tendons (3-5 x 10 répétitions x 5 secondes) pour améliorer la mobilité des tendons et la circulation sanguine (Coppieters et Alshami, 2007)